# العلاقة بين تطبيق معايير الاعتماد الأردنية وجودة الرعاية الصحية في القطاع الصحي الأردني


إعداد:

**خالد مصطفى أبو عزيزة**

المشرف

**الأستاذ الدكتور فريد نصيرات**


قدمت هذه الرسالة استكمالا لمتطلبات درجة الماجستير في

إدارة الأعمال


كلية الدراسات العليا

الجامعة الأردنية


أيار، ٢٠١٠

قرار لجنة المناقشة

نوقشت هذه الرسالة ( العلاقة بين تطبيق معايير الاعتماد الأردنية وجودة الرعاية الصحية في القطاع الصحي الأردني ) وأجيزت بتاريخ ٢٠١٠/٥/١٢

| أعضاء لجنة المناقشة | التوقيـــــع |
|---|---|
| الدكتور فريد توفيق نصيرات ، مشرفا<br>أستاذ – إدارة الأعمال | ........................ |
| الدكتور رفعت عودة الله الشناق، عضوا<br>أستاذ مشارك – نظم معلومات إدارية | ........................ |
| الدكتور سامر عيد دحيات، عضوا<br>أستاذ مساعد – إدارة الأعمال | ........................ |
| الدكتور موسى طه العجلوني، عضوا<br>أستاذ مساعد – إدارة المستشفيات<br>(جامعة العلوم التطبيقية) | ........................ |

**الجامعة الأردنية**

**نمـــوذج تفـــويض**

أنا خالد مصطفى محمد أبو عزيزة أفوض الجامعة الأردنية بتزويد نسخ مـــن أطروحتي للمكتبات أو المؤسسات أو الهيئات أو الأشخاص عند طلبها.

**التوقيع:**

**التاريخ:** ٢٠١٠/٥/١٥

# الإهداء

**"وقل ربِ زدني علماً"**

إلى من أدبني وعلمني وأرشدني وما زال، صاحب القلب الحنون، والدي العزيز أمد الله فـــي عمره.

إلى من لم يسكن قلبها ولسانها عن الدعاء لي، أمي الغالية أمد الله في عمرها.

إلى من صبرت وألهمت وكانت نعم السند ونعم الرفيق في هذه الحياة أم البنين زوجتي الغالية، إلى الغالي الحارث والصديقة شيماء والحنونة شروق والأمورة نور والحبيب عبـــد الـــرحمن وآخر العنقود ديمة ؛ لكم جميعا أهدي ثمرة جهدي هذا.

# شكر وتقدير

بعد شكر المولى "عز وجل" صاحب الفضل والمنة على توفيقي لانجاز هذا الجهد، (وبشكره تدوم النعم) أتقدم من أستاذي الفاضل الدكتور فريد نصيرات صاحب العقل الراجح والعلم الغزير بجزيل الشكر ووافر العرفان على ما قدم وساعد في إخراج هذا الجهد، كما أدعو الله جلت قدرته أن يرحم فقيدنا الأستاذ الدكتور محمود العميان وان يسكنه فسيح جناته على ما قدم في بداية هذا الجهد من النصح والإرشاد والتوجيه، وعطفا إلى السادة العلماء رئيس وأعضاء لجنة المناقشة لهم مني كل التقدير والاحترام على جهدهم ووقتهم الذي منحوني إياه، والى كل إخواني وزملائي الذين ساعدوا ونصحوا وقدموا ما استطاعوا لمساعدتي في انجاز هذا الجهد لهم مني جزيل الشكر والعرفان و جزاهم الله جميعا كل خير.

# فهرس المحتويات

## فهرس الجداول

# فهرس الأشكال

# العلاقة بين تطبيق معايير الاعتماد الأردنية وجودة الرعاية الصحية في القطاع الصحي الأردني

إعداد

خالد مصطفى أبو عزيزة

المشرف

الأستاذ الدكتور فريد نصيرات

## الملخص

هدفت هذه الدراسة للتعرف على العلاقة بين تطبيق المستشفيات الاردنية لمعايير الاعتماد الأردني وجودة الرعاية الصحية المقدمة فيها من وجهة نظر الاداريين والمرضى، وتكونت عينة الدراسة من ثماني مستشفيات تمثل جميع مكونات القطاع الصحي ما عدا المستشفيات العسكرية. وقد اشتملت فئات الدراسة على ٢٤٩ من الإداريين الممثلين لجميع العاملين في لجان تطبيق الاعتمادية، وكذلك اشتملت على ٢٤٩ مريض من مرضى المستشفيات الثمانية المكونة لعينة الدراسة.

ومن أبرز نتائج هذه الدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين تطبيق معايير الاعتماد الاردنية وجودة الرعاية الصحية المقدمة فيها، كما خلصت النتائج إلى قلة سنوات الخبرة للعاملين في مجال جودة الرعاية الصحية، وحداثة هذه الثقافة في القطاعات المختلفة للقطاع الصحي الاردني، وأظهرت النتائج تميز القطاعات المختلفة ببعض الاجراءات التي تدعم سلامة المريض، والسلامة العامة بشكل عام.

وفي ضوء تلك النتائج فقد اقترحت التوصيات الآتية: أن يكون تطبيق معايير الاعتماد الأردني شرطاً لتجديد ترخيص أي مؤسسة صحية مستقبلا، كذلك تعميم استمرارية تدريب جميع العاملين في المستشفيات، وتطوير مهاراتهم في حقل الجودة والاعتمادية، وعدم الاقتصار على الإداريين العاملين في لجان الجودة، وتقديم حوافز مادية ومعنوية للكوادر العاملة في قطاع الجودة والاعتمادية لتحفيز العاملين وإيجاد متطوعين آخرين لتجذير هذه الثقافة ودعم تطبيقها، وكذلك الاهتمام بالأبحاث العلمية وإجراء دراسات مستقبلية على القطاعات الصحية المختلفة في هذا الجانب كلٍ على حده.

# الفصل الأول

## الإطار العام للدراسة

# الفصل الأول
# الإطار العام للدراسة

## ١ - ١ المقدمة

مع التقدم الهائل والسريع في مجالات الاتصال المختلفة، وزيادة وتيرة التقدم التكنولـوجي لكافة القطاعات الإنتاجية، ودخول مفاهيم العولمة واتفاقياتها على كافة منظمات الخـدمات والصناعة، أصبحت الظروف المحيطة ببيئة الإنتاج معقدة وسـريعة التغيـر؛ فلـم تعـد المنظمات التي تستخدم الاستراتيجيات التقليدية في الإنتاج والتـسويق والتوريـد تـستطيع المنافسة والاستمرار، إذ أصبح جوهر المعادلة الجديدة للإنتاج هو العميل ومتلقي الخدمـة لكافة منظمات الصناعة والخدمات على حد سواء.

وكان لزاماً على هذه المنظمات أن تعيد تقييم استراتيجياتها فيما يتعلق بتعاطيها مـع كثيـر من المتغيرات التي تؤثر على إنتاجها، وقد كانت التجربة اليابانية في الإنتاج خيـر مثـال على قدرة المنظمات والدول (على حد سواء) في إثبات الوجود والاستمرارية ، بل والتقدم لقمة المنافسة العالمية، من خلال إيجاد نظام إدارة الجودة الشاملة وتطبيقه.

لقد شهد القرن الماضي طفرة نوعية في فلسفة الإنتاج وتقديم الخدمات في كافة القطاعـات الصناعية و الخدماتية في اليابان وجزء كبير من العالم، من خـلال تبنـي فلـسفة إدارة الجودة الشاملة لكافة المستويات الإدارية المكونة للمؤسسات الخدمية والصناعية. ويتمثـل جوهر نظام إدارة الجودة الشاملة في التأكيد على العميل وما يقدم له مـن خـدمات (بـل يتعدى ذلك إلى ما وراء توقع العميل)، والتحسين المستمر على العمليات والخدمات، كذلك تمكين العاملين وتطويرهم من خلال مجموعة من البرامج والأنـشطة. وقـد اسـتفادت منظمات كثيرة من هذا التحول، من خلال تبني أنظمة الجودة المختلفة وجعلها جزءا أصيلا من ثقافة أفرادها و أداة من أهم أدوات تحسين خدماتها وعملياتها. حيث اهتمت الحكومـات والدول بعد ذلك بالاستفادة من مخرجات تطبيق هذه الأنظمة الرائدة في تطوير أداء أفرادها في قطاعات الإنتاج المختلفة وتحسينه ، بعد أن لمست القيمة المضافة لهذا التطبيق.

و من القطاعات الحيوية والمهمة التي استفادت من تطبيق أنظمة الجودة علـى مؤسـساتها قطاع خدمات الرعاية الصحية ، إذ استطاعت من خلال هذا التطبيـق تطـوير خـدماتها، وتحسين رعايتها لعملائها.

وتعد معايير الاعتماد العالمية للمؤسسات الصحية المكون الأساس لأي نظام جودة رعاية صحية عالمي، والمؤسسة التي تطبق هذه المعايير بفاعلية وتحصل على شهادة الاعتمادية العالمية تعد من المؤسسات التي تقدم أرقى مستوى من خدمة الرعاية الصحية، وتسجل باعتبارها مؤسسة مميزة في هذا المجال عالمياً.

وقد لمس المستفيدون و متلقوا الخدمة الصحية التطور الواضح، والتحسن المميز في خدمات الرعاية الصحية لكافة المؤسسات التي طبقت هذه المعايير أو بدأت بتطبيقها.

## ١ - ٢ مشكلة الدراسة

تعتبر الجودة من أهم مجالات الأداء التي جذبت اهتمام مقدمي الرعاية الصحية في السنوات الأخيرة، ويعتبر رضا المريض أمر حاسم لتبقى المؤسسات الصحية قادرة على المنافسة في سوق الرعاية الصحية، كما يؤثر ذلك إيجابيا على الإيرادات، وعلى الولاء للمؤسسات، وفي المقابل فإن عدم رضا المرضى يؤثر سلبيا على المستشفى وإيراداتها، وتتمثل مشكلة الدراسة في التعرف على علاقة تطبيق أنظمة الجودة الصحية وجودة الرعاية الصحية المقدمة في المستشفيات الأردنية من وجهة نظر المرضى والإداريين للتأكيد على أهمية هذه الانظمة التي اثبتت موجوديتها في القطاعات المختلفة، وسيتم دراسة هذه المشكلة من خلال الإجابة عن الأسئلة الآتية:

- ما علاقة تطبيق المستشفيات الأردنية المشاركة في المشروع الوطني للاعتمادية لمعايير الاعتماد الأردنية وجودة الرعاية الصحية المقدمة في هذه المستشفيات؟
- ما هو تقييم متلقي الخدمة لجودة الرعاية الصحية المقدمة في المستشفيات الأردنية المطبقة لمعايير الاعتماد الأردنية،؟
- هل يتأثر مستوى تطبيق معايير الاعتماد الأردنية في المستشفيات المشاركة في المشروع الوطني للاعتمادية بكل من ( حجم المستشفى أو نوع القطاع الذي ينتمي إليه المستشفى أو كون المستشفى حصل مسبقا على شهادة جودة أو جائزة تميز)
- هل يتأثر تقييم المرضى لمستوى الرعاية الصحية المقدمة في المستشفيات الاردنية بالعوامل الديمغرافية للمريض؟ مثل عمره وجنسه ومستواه التعليمي ومدة مكوثه في المستشفى.

## ١ - ٣ أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى تقديم مفهوم إدارة الجودة الشاملة باعتباره منهجاً إدارياً عصرياً ، يهدف من خلال تطبيقه إلى تحقيق استراتيجيات تنافسية للمؤسسات الخدمية، من خلال توثيق صلة المؤسسة بعملائها ومورديها، والتحسين المستمر على عملياتها، وسيتم التركيز في هذه الدراسة على نظام الجودة الصحية بوصفه مثالاً على هذا المنهج، وتقديم تجربة تطبيق معايير نظام الاعتماد الأردني نموذجاً لهذه الأنظمة من خلال ما يأتي:

١. قياس العلاقة بين تطبيق معايير الاعتماد الأردنية (باعتباره نظام جودة صحي) و مستوى جودة الرعاية الصحية المقدمة في المستشفيات الأردنية.
٢. قياس مدى تأثير العوامل الوسيطة (حجم المستشفى، نوع القطاع الذي يمثله المستشفى، كون المستشفى حاصل على شهادات آيزو سابقة، كون المستشفى حاصل على أي شهادة إعتماد دولية أو محلية) على درجة تطبيق معايير الاعتماد الاردنية.
٣. قياس تقييم متلقي الخدمة لجودة الرعاية الصحية المقدمة في المستشفيات الأردنية المطبقة لمعايير الاعتماد الأردنية.
٤. قياس مدى تأثير العوامل الديمغرافية للمريض مثل: عمره وجنسه، مستواه التعليمي، ومدة مكوثه في المستشفى على درجة تقييمه لجودة الرعاية الصحية المقدمه له.

## ١ - ٤ أهمية الدراسة

تكتسب هذه الدراسة أهميتها من خلال طرح أحد المفاهيم الإدارية الحديثة (إدارة الجودة الشاملة) التي تساعد على دعم القطاعات الخدمية المختلفة وتطويرها ، فمن خلال تطبيق برامج جودة الرعاية الصحية سيتمكن القائمون على هذا القطاع من:

- التحسين المستمر لعمليات هذا القطاع وخدماته.
- تبني أنظمة وبرامج من شأنها تثبيت السمعة الطبية المرموقة للقطاع الصحي الأردني.
- تلبية رغبات المواطن الأردني المتطلع لرعاية طبية مميزة وآمنة.
- رفع قدرة مؤسسات هذا القطاع على المنافسة المحلية والإقليمية.
- المساهمة في تحقيق أحد أهم الأهداف الإستراتيجية التي وضعها المجلس الصحي الأعلى للأعوام ٢٠٠٨-٢٠١٢ وهو تقديم رعاية صحية ذات كفاءة وجودة عالية وفق

المعايير العالمية للمواطن الأردني (استراتيجية المجلس الصحي الأعلى الأردني ٢٠٠٨).

ويمكن اعتبار هذه الدراسة الأولى في هذا المجال(حسب علم الباحث) مما يعود بالفائدة على القائمين على هذا المشروع، وستساعد نتائج وتوصيات هذه الدراسة في تقييم وتطوير الأداء في قطاع الرعاية الصحية بشكل عام.

**١– ٥ محددات الدراسة**

تقتصر هذه الدراسة على المستشفيات الآتية: البشير، ومستشفى د.جميل التوتنجي/سحاب من القطاع الحكومي، ومستشفى الأردن، والتخصصي ، وفلسطين، ولوزميلا والاستقلال من القطاع الخاص، ومستشفى الجامعة بوصفه مستشفى تعليمياً، دون مستشفيات القطاع العسكري التي استثنيت من مجتمع الدراسة ؛ لصعوبة الحصول على موافقة جمع البيانات داخلها.

وحيث أن العينة ميسرة (Convenient) وصغيرة (فيما يخص المرضى) فلا يمكن تعميم نتائج هذه الدراسة على مجتمع الدراسة، وعليه يمكن الاستفادة من هذه الدراسة لبناء دراسات أكثر توسعا فيما يخص مجتمع الدراسة ليصبح ممكنا تعميم نتائج تلك الدراسة

# الفصل الثاني

# إدارة الجودة الشاملة

# باعتبارها إطاراً لأنظمة جودة الرعاية الصحية

إن مفهوم إدارة الجودة الشاملة لا يقتصر على السلع فقط، بل نراه قد امتد ليشمل قطاع الخدمات ، ومن هذه الخدمات الرعاية الصحية . ولأن مفهوم إدارة الجودة الشاملة يعد مفهوما حديثاً نسبياً من حيث التطبيق سنتناول في هذا الفصل مفهوم الجودة، وأبعادها، ومفهوم إدارة الجودة الشاملة والمراحل التي مر بها، ورواد حركة الجودة في العصر الحديث، ثم التعرف على نشأة مفهوم الاعتمادية في المؤسسات الصحية وأهميتها.

## ٢ - ١تعريف الجودة وأبعادها:

عرف ( J.M.Juran ) الجودة بأنها مدى ملائمة المنتج للاستعمال، بمعنى هل المنتج ملائم للاستعمال أم غير ملائم؟ بغض النظر عن وضع المنتج وحالته. (جودة، ٢٠٠٤)

أما هيئة المواصفات الدولية (ISO ٢٠٠٠:٩٠٠٠) فقد عرفت الجودة بأنها درجة تلبية مجموعة الخصائص الموروثة في المنتج لمتطلبات العميل. (جودة، ٢٠٠٤)

وعالميا هناك الكثير من المفاهيم المشتركة في تعريف الجودة ومنها: ( David L, Stanley B ٢٠٠٦)

- الجودة تتضمن تلبية رغبات العميل وما وراء توقعاته.
- يمكن تطبيق الجودة على المنتج والخدمات والناس والعمليات وكذلك البيئة.
- الجودة هي حالة من التغير اللانهائي، فما يعتقد بأنه ذو جودة عالية اليوم لا يعتقد بأنه سيكون كذلك في المستقبل وعليه يمكن طرح التعريف الشامل للجودة كما يأتي:

حالة ديناميكية تصاحب المنتجات والخدمات والعاملين والعمليات وكذلك البيئة ،وتلبي توقعات العميل وما وراء هذه التوقعات. (David L, Stanley B ٢٠٠٦)

أما كاورو إيشيكاوا (Ishikawa ) فقد ذكرفي أثناء حديثه عن الجودة أن الجودة ورضا العميل وجهان لعملة واحدة، والجودة هي مفهوم واسع تتعدى معنى جودة المنتج، فهي تتحدث عن جودة العاملين المشاركين في الإنتاج والعمليات وكل مكونات المنظمة ( David L, Stanley B، ٢٠٠٦)

وعرفت وزارة الدفاع الأمريكية الجودة بأنها عمل الشيء الصحيح بدقة من المرة الأولى، مع الاستمرار في التحسين والمحافظة على رضا العميل.

وقد أكد إدوارد ديمنج w. Edwards Deming (وهو من رواد حركة الجودة المعاصرة) على أن الجودة لها معايير كثيرة، وأن هذه المعايير تتغير باستمرار، وأن العملاء يقيسون هذه المعايير بدرجات مختلفة ومتغيرة، وعليه فمن المهم معرفة درجة رضا العملاء وقياسه بشكل مستمر.

وقد ذكر ( خوجه ،٢٠٠٧) في معجم جودة الرعاية الصحية تعريفاً للجودة بأنها درجة التميز التي تلبي المنظمة بها احتياجات عملائها وتتجاوز توقعاتهم.

وهي صفة لأي شيء تجعله جيدا أو رديئا ويستحق الثناء أو الانتقاد، وبذلك فهي درجة التميز التي يتسم بها شيء ما، أو هي جملة المعالم والخصائص الأخرى لمنتج أو خدمة ما ومن شأها أن تؤثر في قدرته على تلبية الاحتياجات المعلنة أو الضمنية.

و قال كذلك هو مصطلح شخصاني يعرفه كل شخص بطريقته الخاصة، وفي الاستعمال التقني يمكن أن تفهم الجودة بمعنيين: الأول خصائص منتج أو خدمة ما متعلقة بقدرتها على تلبية احتياجات معلنة أو ضمنية ، والثاني منتج أو خدمة خالية من العيوب.

وقد ذكر (جاد الرب ،٢٠٠٨) بأن تعريفات كثيرة للجودة يطرحها الباحثون والدارسون ومنها:

- الجودة مقياس للتميز.
- الجودة مقياس لمدى تكيف المنتج للغرض من استعماله.
- الجودة مقياس لدرجة مطابقة أو مقابلة المنتج للمواصفات المخططة أو المصممة.

ويضيف (جاد الرب ،٢٠٠٨) بأن هناك شعوراً سائداً بأن الجودة تعني أي شيء نعجب به حيثما نراه.

Quality is something we recognize when we see it.

وعند تحديد الجودة المناسبة يجب أن يأخذ المخططون في اعتبارهم عوامل خارجية عديدة منها: (جاد الرب ،٢٠٠٨)

- متطلبات العملاء وتطلعاتهم المستقبلية.
- جودة المنتجات أو الخدمات المنافسة.
- السعر في ظل الأسعار التنافسية الأخرى.

- الظروف الاقتصادية والاجتماعية السائدة في المجتمع.
- التركيب الطبقي والعقائدي والاجتماعي لفئات المجتمع.
- النطاق الجغرافي وتكاليف النقل والتخزين.
- خدمات ما بعد البيع.

في المحصلة فإن هناك العديد من التعريفات لهذا المفهوم (الجودة)، إلا أن المحك هو أنه متى تم تقييم المنتج أو الخدمة من وجهة نظر العميل فإن ذلك يعني أنها يجب أن تلائم رضاه ورغباته أو تتجاوز توقعاته.

## ٢ – ٢ أبعاد الجودة

تتركز أبعاد الجودة بشكل عام في النقاط الآتية : (جودة ،٢٠٠٤)

١. الأداء (Performance) ويعبر عنها بخصائص المنتج الأساسية كالسرعة بالنسبة إلى ماكينة ما.
٢. المظهر (Feature) وتتمثل بالصفات المضافة إلى المنتج مثل أجهزة التحكم عن بعد.
٣. المطابقة (Conformance) الإنتاج حسب المواصفات المطلوبة.
٤. الاعتمادية (Reliability) مدى ثبات الأداء بمرور الوقت.
٥. الصلاحية (Durability) العمر التشغيلي المتوقع.
٦. الخدمات المقدمة (Service) حل المشكلات والاهتمام بالشكاوى.
٧. الاستجابة (Response) مدى التجاوب مع العميل مثل اللطف والكياسة.
٨. الجمالية (Aesthetics) إحساس الإنسان بالخصائص المفضلة لديه كالتشطيبات النهائية للمبنى.
٩. السمعة (Reputation) الخبرة والمعلومة السابقة عن المنتج.

## ٢ – ٣ مفهوم إدارة الجودة الشاملة

يرى "ريتشارد ويليامز Richard Williams" أن إدارة الجودة الشاملة تعبر عن أسلوب القيادة الذي ينشئ فلسفة تنظيمية تساعد على الوصول إلى أعلى درجة ممكنة من الجودة في الإنتاج والخدمات، وفقا للظروف التي تخضع لها المنظمة، ويؤكد "ويليامز" أن الجودة ضمن فلسفة هذا النمط الإداري ليست هدفا محددا نحققه ونحتفل به

ثم ننساه، بل تمثل الجودة هدفا متغيرا يتمثل في التحسين المستمر لجودة العمل. (الأحمدي ،٢٠٠٤)

وقد عرف معهد المقاييس البريطاني British Standard Institute إدارة الجودة الشاملة بأنها فلسفة إدارية تشمل كافة نشاطات المنظمة التي من خلالها يتم تحقيق احتياجات وتوقعات العميل والمجتمع، وتحقيق أهداف المنظمة كذلك بأكفأ الطرق واقلها تكلفة، عن طريق الاستخدام الأمثل لطاقات جميع العاملين بدافع مستمر للتطوير.

وقد ذكر دنكن "Duncan " وزملاؤه أن عبارتي إدارة الجودة الشاملة " Total Quality Management " و التحسين المستمر للجودة " Continuous Quality Improvement " يستخدمان عادة لوصف الفلسفة الإدارية والمعرفة والمهارات المطلوبة لدعم الإدارة وتحسين الجودة التنظيمية، ويعود التركيز على إدارة الجودة والتحسين إلى التقدم المنطقي والعقلاني في علم الإدارة بهدف تحسين الأداء التنظيمي . (الأحمدي ،٢٠٠٤)

### ٢ – ٤ مراحل تطور مفهوم إدارة الجودة الشاملة:

- **الفحص Inspection**

تتعلق هذه المرحلة بقياس المنتج واختباره وتفتيشه وتحديد مدى مطابقته للمواصفات الفنية الموضوعة، وبالتالي فالمنتجات المطابقة للمواصفات يمكن تسليمها للعميل، أما المنتجات غير المطابقة للمواصفات الفنية إما أن تتلف أو يعاد العمل عليها، أو يتم بيعها بأسعار أقل، أي أن العملية تقوم على مبدأ اكتشاف الخطأ وليس منعه من الأساس.

- **ضبط الجودة Quality Control**

تشمل هذه المرحلة كافة الأنشطة والأساليب الإحصائية التي تضمن المحافظة على مقابلة مواصفة السلعة، وبالآتي يمكن التأكد من أن تصميم السلعة مطابق للمواصفات المحددة أثناء الإنتاج وما بعد الإنتاج، وعليه فقد امتدت عملية ضبط الجودة لتشمل التصميم والأداء وهي مرحلة متقدمة عن الفحص.

- **تأكيد الجودة Quality Assurance**

تركز هذه المرحلة على تركيز كافة الجهود للوقاية من حدوث الأخطاء، حيث اعتمدت هذه المرحلة نظام أساسه منع وقوع الأخطاء منذ البداية، على اعتبار أن حل مشكلة عدم

مطابقة المواصفات ليست طريقة فعالة ومن الأفضل منع حدوث المشكلة أصلا والقضاء على أسبابها منذ البداية.

- **إدارة الجودة الشاملة Total Quality Management**

بدأ هذا المفهوم بالظهور في الثمانينات من القرن الماضي، حيث يتضمن هذا المفهوم جودة العمليات بالإضافة إلى جودة المنتج ،وكذلك يركز على العمل الجماعي وتشجيع مشاركة العاملين واندماجهم، بالإضافة إلى التركيز على العملاء ومشاركة الموردين.

وقد أجمل كل من (David L, Stanley B 2006) في كتابهما المدخل إلى إدارة الجودة الشاملة بأن مفهوم مصطلح إدارة الجودة الشاملة حتى يكون مفهوما بكافة تفاصيله يجب أن ينظر له من خلال السؤالين الآتيين:

- ماذا يعني هذا المفهوم؟
- كيف يتم تحقيقه؟

فللإجابة على السؤال الأول؛ ذكروا بأن مفهوم الجودة الشاملة هو منهج لإدارة الأعمال يهدف إلى تعظيم منافسة المنظمة من خلال التحسين المستمر على جودة المنتجات والخدمات وكذلك العاملين والعمليات والبيئة.

**أما كيف يتم ذلك فمن خلال الخصائص الآتية لهذا المنهج:**

١. النظرة الإستراتيجية للإدارة.
٢. التأكيد على العميل ( الداخلي والخارجي).
٣. الهاجس المستمر للجودة.
٤. اتباع المنهج العلمي في اتخاذ القرارات وحل المشكلات.
٥. الالتزام طويل الأجل من قبل الإدارة العليا.
٦. إتباع منهجية فرق العمل في أداء الأعمال.
٧. التحسين المستمر للعمليات.
٨. التعليم والتدريب.
٩. وحدة الأهداف لدى الجميع.
١٠. مشاركة العاملين وإدماجهم.

## ٢ – ٥ الاتجاهات المعاصرة في إدارة الجودة الشاملة

لقد أكد (حمود ،٢٠٠٤) على أن الاتجاهات المعاصرة في إدارة الجودة الشاملة تستهدف فاعليتها من خلال مرتكزين أساسيين هما:

أ- القواعد الفكرية والفلسفية في إدارة الجودة الشاملة وتتضمن ما يأتي:

١. الجودة كما يراها العميل.
٢. القيادة.
٣. التحسين المستمر.
٤. مساهمة العاملين وتطويرهم.
٥. الاستجابة السريعة.
٦. تصميم الجودة والوقاية.
٧. الإدارة بالحقائق.
٨. المساهمة في التطوير.
٩. المسؤولية الجماعية وروح الانتماء.

**ب** - الأدوات المستخدمة في إدارة الجودة الشاملة ؛ وتتضمن الوسائل والأدوات التي تستعين بها المنظمة في تحسين منتجاتها وتطوير خدماتها وهي: (حمود ٢٠٠٤)

**١. استمارة التدقيق Check List**

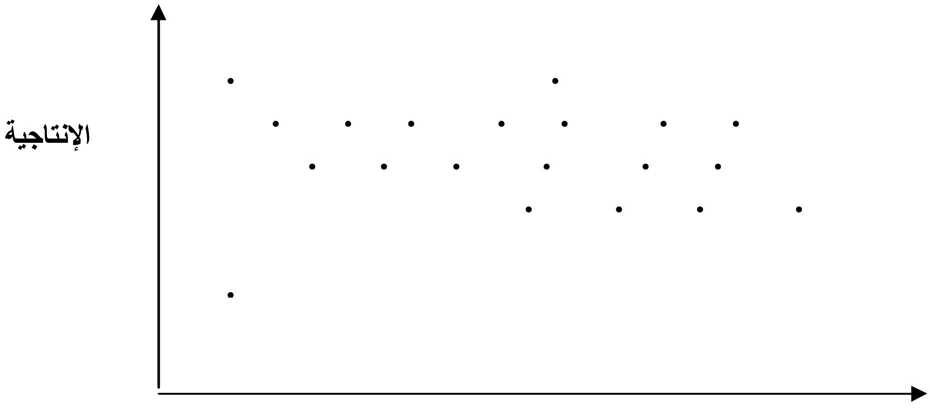
وتتضمن استمارة التدقيق الأسلوب الذي تنظم من خلاله البيانات والمعلومات وتسجل في استمارة خاصة لهذا الغرض، إذ يعرف من خلاله كميات السلع المبيعة في ساعات محددة مثلا كما في الشكل (١)

| | **الساعات** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| المبيعات | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ | ٦ | ٧ | ٨ |
| السلعة ا | /// | // | / | | / | / | / | / |
| السلعة ب | //// | / | // | /// | | // | /// | / |
| السلعة ج | / | /// | / | // | //// | / | / | / |

الشكل (١) استمارة التدقيق

**٢. شكل الانتشار**

ويمثل شكلاً بيانياً توزع من خلاله القيم لأحد المتغيرات إزاء متغير آخر والشكل رقــم ( ٢ ) يبين ذلك:

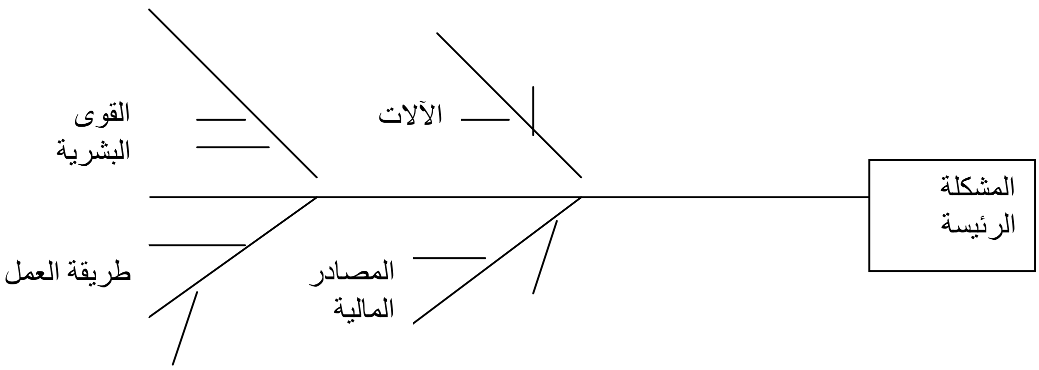



الشكل (٢) الانتشار

**٣. مخطط السبب والأثر / عظم السمكة**

ويرجع تطوير هذا الأسلوب إلى إشكوا "Ishikawa ١٩٩٤" وهو أحــد خبــراء الجــودة اليابانيين، وأشكال السبب والأثر رسوم تتكون من خطوط ورموز مصممة لتوضيح العلاقة المفيدة بين الأثر والمسببات، وبصفة عامة فإنها تستخدم في تحليل المشكلات المعقدة التــي يصعب شرحها وفهمها باستخدام لغة الأرقام فقط مثل:

الشكاوى المتكررة من المستهلكين لسلعة أو خدمة معينة، وعدم القدرة على الــتحكم فــي العمليات، بالإضافة إلى اقتراح الحلول التي يمكن أن تزيل المسببات. كما في الشكل ( ٣ )

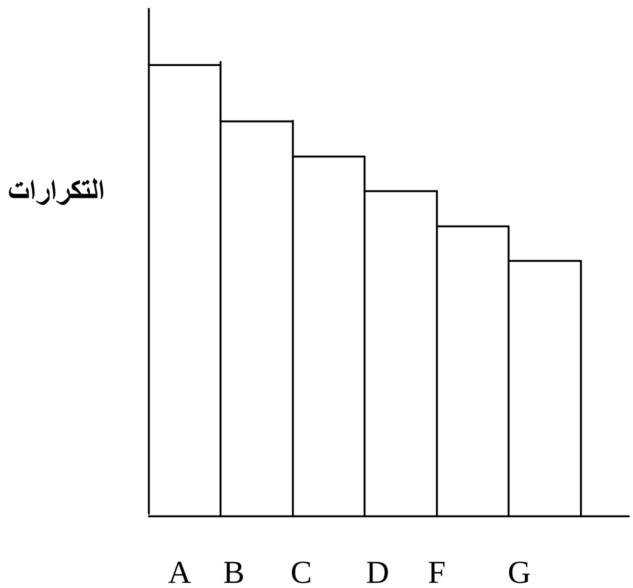



الشكل ( ٣ ) عظم السمكة

**٤. تحليل (مخطط) باريتو Pareto Chart**

يقوم مبدأ باريتو على افتراض أن نسبة قليلة قد تمثل (٢٠%) فقط من الأسباب مجتمعة يمكن أن تؤدي إلى حدوث (٨٠ %) من المشكلات، وهذا يعني أنه يجب التركيز على تحليل هذه الأسباب والعمل على علاجها حتى يمكن التخلص من النسبة العالية من المشكلات.

وعليه فإن ما يجرى بالعادة هو تصنيف المشكلات وفقا لأنواعها وأولويات أهميتها، فالمشكلات المتعلقة بتلف المواد أو انخفاض كفاءة العاملين، أو عدم توفر الصيانة الوقائية أو انقطاع التيار الكهربائي ... الخ تدون وفقا لأهميتها، وحسب أولوياتها من حيث الخسائر الناجمة عنها ، ومن ثم تعالج وفقا لهذه الأولويات، وقد ثبت علميا من خلال استخدام هذا المخطط بأنه يساهم بتقليص التلف وتقليل التكاليف بنسبة (٦٠%) إلى (٨٠%) في الغالب. كما في الشكل ( ٤ )

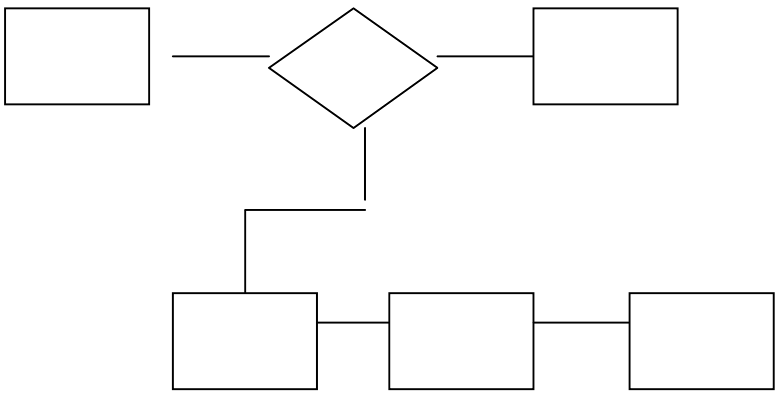



شكل ٤
مخطط باريتو

### ٥. خارطة التدفق Flow Chart

وهي تمثيل بياني للعملية يوضح العلاقة بين الخطوات المختلفة للعملية وتسلسلها، حيث تعد من الوسائل الجيدة للتدريب، كما تستخدم لفهم المشكلة وتحليل العلاقــات بــين الأنــشطة المختلفة، حيث تنفذ عادة باستدعاء ممثلين للإدارات المختصة بالعملية، ثم تحديــد العمليــة المطلوبة وخطواتها الرئيسة ثم تمثيل هذه الخطوات باستخدام رموز نمطية متفــق عليهــا حتى ينتهي من تمثيل كل العملية، بعد ذلك تعمل خرائط تدفق تفــصيلية علــى مــستويات مختلفة حسب الحاجة إلى التفصيل.

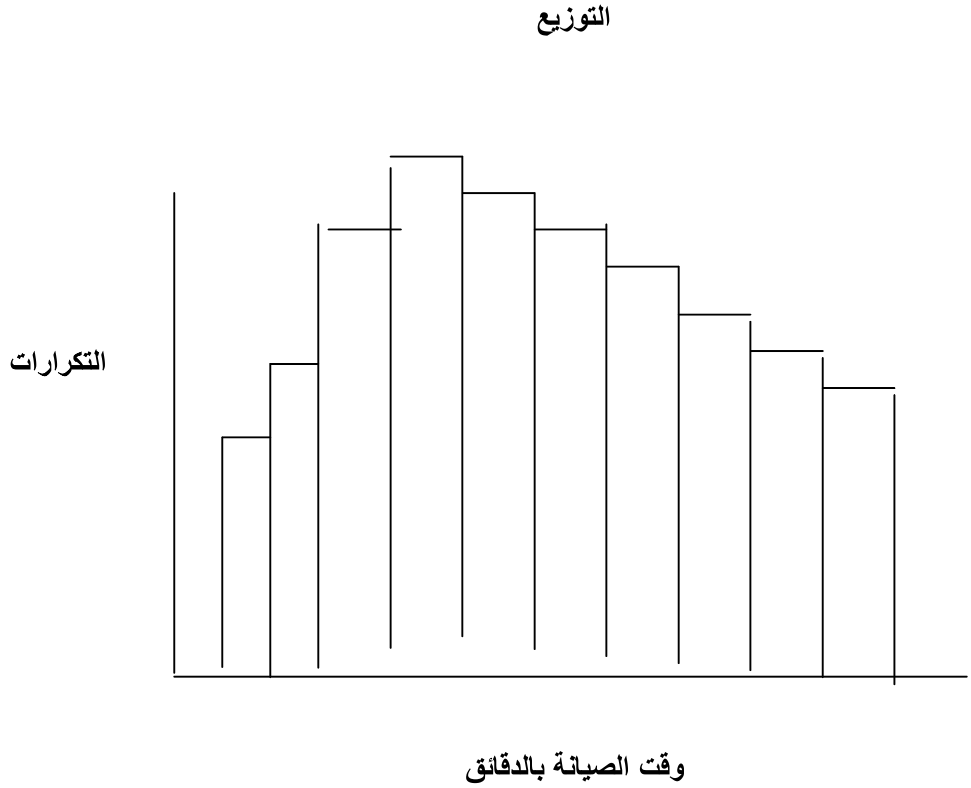
وقد شاع استخدام هذه المخططات بشكل واسع النطاق في المنظمات الاقتــصادية اليابانيــة سواء الإنتاجية أو الخدمية، وأخيرا اعتمدت بشكل كبير في المنظمــات الاقتــصادية فــي أمريكا لما تتسم به هذه المخططات من أهمية كبيرة في إيضاح تدفق الفعاليات والأنــشطة التشغيلية في المنظمات المعنية. كما في الشكل ( ٥ )



الشكل ( ٥ ) خارطة التدفق

### ٦. المدرج التكراري Histogram

ويمثل المدرج التكراري التوزيع التكراري المتعلــق بــالمتغيرات الحاصــلة فــي الأداء التشغيلي للمنظمة، ويستخدم هذا المخطط "توزيع القيم" لفرض إعطاء صورة واضحة عــن طبيعة المتحقق الفعلي "المنتج" مع المواصفات أو المعايير المحددة وبشكل صــورة بيانيــة قابلة للمقارنة بصورة سريعة، إذ بمجرد النظر لطبيعة التوزيع الإحصائي للقــيم المتحققــة وتكراراتها المختلفة تتخذ الإجراءات الوقائية أو التصحيحية بصدد الانحرافات الحاصلة في الأداء. كما في الشكل ( ٦ )

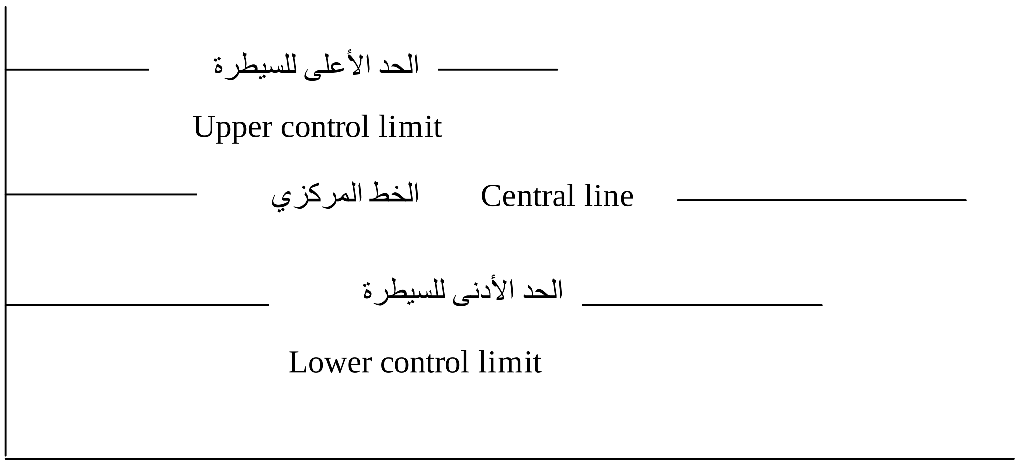



الشكل (٦) المدرج التكراري

### ٧. خرائط المراقبة الإحصائية Statistical Control Chart

تعد وسائل فعالة لمراقبة تغير العملية وضبطها، كذلك تستخدم لتحديد مستوى الجودة أثنـــاء تصميم التجارب أو بعد عملية التطوير، وهذه الخرائط تعد وسيلة مرئية توضـــح الــضبط الإحصائي للعملية، فعند خروج أي نقطة عن حدود التحكم فهذا يعني أن تغيرا ما قد يحدث لذا يجب اتخاذ الإجراء المناسب.

وترسم هذه الخرائط على ثلاثة خطوط أحدها يمثل الحد الأقــصى المــسموح بـــه لعـــدد الوحدات المعابة، والثاني يمثل الحد الأدنى المسموح به لعدد الوحدات المعابـــة، والثالـــث يمثل الخط الوسط "الوسط الحسابي" أو الخط المركزي الذي ينبغـــي أن تتمركـــز حولهـــا المنتجات، ويطلق عليه متوسط المتوسطات "X " وهو أنسب مستوى يمكن اعتماده في هـــذا الشأن والشكل رقم ( ٧ ) يوضح هذا التصور.




الشكل (٧) خرائط المراقبة الاحصائية

## ٢ – ٦ رواد حركة الجودة في العصر الحديث:

إدوارد ديمنج w. Edwards Deming

(١٩٠٠ – ١٩٩٤)

مستشار أمريكي حاصل على درجة الدكتوراه في الرياضيات والفيزياء، ويلقب بأبي ثورة إدارة الجودة الشاملة، كانت له مساهمات عديدة في مجال الضبط الإحصائي للعمليات، وقد قلده إمبراطور اليابان هيروهيتو ١٩٦٠ وساما رفيعا تكريما له لإسهامه في نشر ثقافة الجودة في اليابان. (جودة ٢٠٠٤).

- وقد ركز ديمنج على ضرورة قيام المنظمة بتقليص الانحرافات التي تحصل أثناء العمل ، وأشار إلى ذلك في كتاباته بوضوح من خلال تركيزه على أربعة عشر معياراً تعد بمثابة أسس عملية في تطبيق إدارة الجودة الشاملة وهي : (حمود ٢٠٠٤)

١. **تثبيت الغرض من تحسين المنتج أو الخدمة**: ويهدف ذلك إلى خلق ثبات واستقرار في الأغراض الهادفة لتحسين جودة المنتجات والخدمات المزمع تقديمها، وإقرار مسؤولية الإدارة العليا بشأنها.

٢. **التكيف مع الفلسفة الجديدة**: وتعني تبني فلسفة جديدة تقوم على اعتبار أن المنظمة تحقق أهدافها من خلال تجاوز الإخفاقات المقترنة بالهدر، والضياع في المادة الأولية، وانخفاض كفاءة العاملين والتخلص من التأخير في انجاز العمل وإعادة التصنيع.

٣. **توقف الاعتماد على الفحص الشامل** بوصفها طريقة أساسية في تحسين الجودة، وتتناول اعتماد الفحص والتفتيش والاختبار باستخدام الأساليب الإحصائية في السيطرة والتخلص من الإخفاقات في الأداء الإنتاجي.

٤. **التوقف عن النظر إلى المشروع من خلال السعر**: وتعني عدم اعتماد الأسعار بوصفها مؤشراً أساسياً للشراء، بل اعتماد المجهزين الذين يعتمدون الجودة العالية في بيع المادة الأولية وإقامة علاقات طويلة الأمد مع المجهزين في هذا الصدد.

٥. **التحسين المستمر لعملية إنتاج السلع وتجهيز الخدمات**: وتعني متابعة المشكلات التي ترافق الأداء وتجاوزها، وتحسين الأداء المتعلق بالأنشطة التشغيلية بشكل مستمر، والاهتمام باستخدام الأساليب والخرائط الإحصائية.

٦. **إيجاد التكامل بين الأساليب الحديثة والتدريب**: وتعني اعتماد الطرق والوسائل الحديثة في البرامج والأساليب التدريبية والتعليم المستمر مع تبني الأبعاد القيادية البديلة التي تؤمن بأهمية النوعية واستمرارية التحسين والتطوير بشأنها.

٧. **تحقيق التناسق بين الإشراف والإدارة**: ويعني ذلك تحسين العمليات الإشرافية وتمكين المشرفين من العمل بشكل مباشر مع العاملين في الخطوط والشعب الإنتاجية، وتحسين أدائهم وفقا للتوجهات المختلفة، وتعميق توجهات المشرفين نحو تحسين الجودة وزيادة الإنتاجية، وجعل آفاق هؤلاء المشرفين وتصوراتهم تقود العاملين نحو إنجاز الأهداف المبتغى تحقيقها.

٨. **إقصاء الخوف وإبعاده عن العاملين**: ويتضمن ذلك إزالة الخوف من القوى البشرية العاملة، وجعل أنشطتهم تتوجه دائما نحو معرفة المشاكل في الأداء وإبلاغ الإدارة المسؤولة عن ذلك بشكل مستمر ودون تردد أو خوف.

٩. **إزالة الحواجز الموجودة بين الأقسام والإدارات المختلفة في المنظمة**: ويعني ذلك كسر الحدود الموضوعة بين الأقسام المختلفة، وجعلهم يعملون معاً بروح متفاعلة باعتبارهم فريقاً واحداً نحو إنجاز النوعية الملائمة والإنتاجية العالية.

١٠. **تقليل الشعارات**: وكذلك الأهداف الرقمية واللوحات وغير ذلك، حيث تتناول تجاوز الصيغ والأساليب غير القادرة على تحقيق الأهداف الأساسية للإنجاز الإنتاجي والخدمي.

١١. **تقليل الإجراءات**: تلك التي تتطلب تحقيق نتيجة محددة من كل موظف على حده والتركيز بدلا من ذلك على تكوين سلوك الفريق داخل المصنع.

١٢. **إزالة عوائق الاتصالات**: ويتضمن ذلك إزالة الحواجز بين الإدارة العليا والعاملين، والعمل على تجنب الأنظمة السنوية في تقويم العاملين في مختلف الأنشطة الإنتاجية والخدمية في المنظمة.

١٣. **بناء البرامج التطويرية وتأسيسها**: ويعني ذلك إحلال برامج التعليم والتطوير المستمر للعاملين، وتزويدهم بالمهارات الفنية والإدارية والتنظيمية بصورة مستمرة.

١٤. **تشجيع الأفراد على العمل والسعي من أجل مواكبة التحسين والتطوير** المستمرين في الأداء، واعتماد سياسات تطويرية جديدة لكي تحل محل السياسات القديمة، والسعي بشكل جاد في إقصاء الأساليب التقليدية واعتماد الأساليب الحديثة في التطوير وبشكل مستمر.

وقد أشار ديمنج كذلك إلى ضرورة التركيز على العوامل القاتلة في إدارة الجودة الشاملة وهي:

١. عدم ثبات الأهداف: الذي سيؤدي إلى عدم رضا المستهلك الداخلي " العاملين "، وذلك لوقوعهم في اضطراب وعدم استقرار نتيجة التغيرات المستمرة في الأهداف، إذ ينبغي أن يكون ثبات الأهداف حالة قائمة خاصة على المدى الطويل في وضع الاستراتيجيات والخطط.

٢. التأكيد على تحقيق الأهداف قصيرة الأمد والمتمثلة بتحقيق الأرباح السريعة، حيث أن التأكيد على هذه الحالة من شانه أن يؤدي إلى قفل الآفاق الحقيقية للمنظمة وإهمال العاملين والموردين المستهلكين.

٣. إغفال تقييم الأداء وإعداد التقييم السنوي؛ إذ لا يجوز إغفال دور العاملين وأنشطتهم المتعلقة بالأداء خاصة وأن الأداء المتحقق من الأفراد يمثل أحد معطيات البيئة التي يعملون بها، ونظرا لعدم اتسامها بالثبات؛ يصبح الأداء المتحقق فعلا يختلف عن الأداء المخطط ، لذا فإن ديمنج ركز على ضرورة فهم الأسباب الكامنة وراء الانحراف عن طريق التقييم المستمر للأداء.

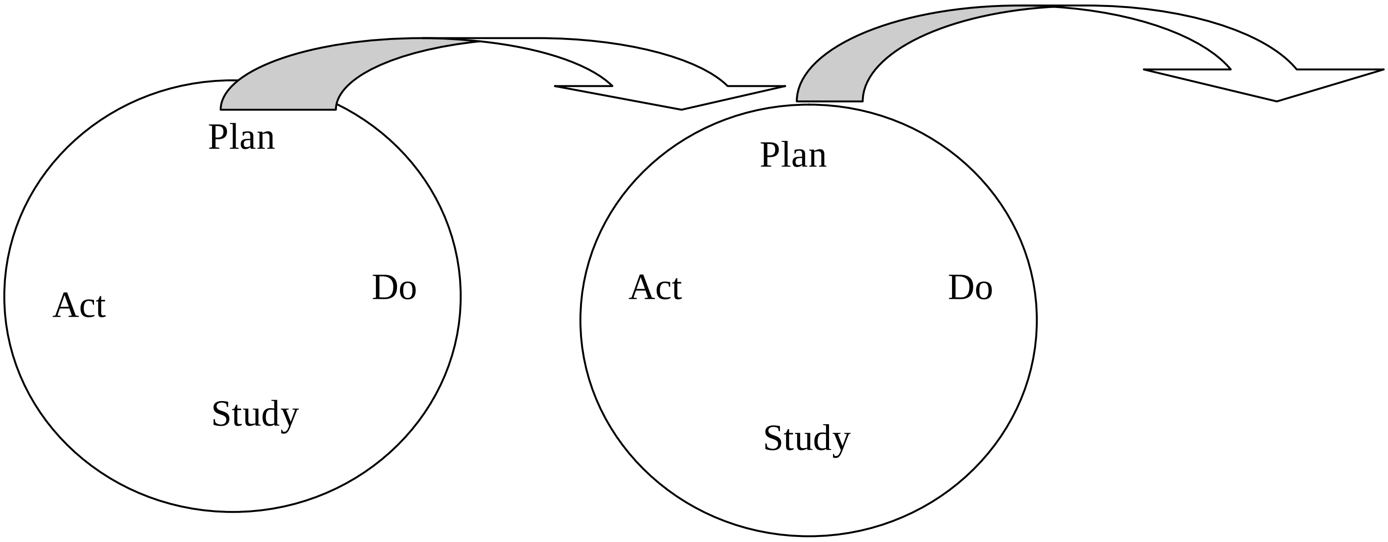
٤. عدم ثبات الإدارة وخصوصا المدير العام الذي يعكس أثراً هاماً في تحقيق أهداف المنظمة في الأمد القصير.

٥. اعتماد الإدارة على المعايير والمؤشرات الرقمية التي تشاهدها فقط : إن لاعتماد الإدارة على الأرقام التي يمكن إدراكها فقط وإغفال الأرقام التي لا تشاهدها في الوقت ذاته أهمية كبيرة، وقد أشار ديمنج لمثل هذه الأرقام من خلال قوله بأن أرقام المبيعات للمستهلكين يمكن ملاحظتها وحسابها، إلا أن عدم رضا المستهلكين عن السلعة لا يمكن مشاهدتها، لذلك يجب ألا نغفل تلك المعايير في اعتماد السياسات المستخدمة للمنظمة في تطوير سياستها النوعية.

وقد قدم ديمنج أثناء محاضراته مجموعة من الأساليب والتحليلات الإحصائية التي أطلق عليها دورة ديمنج أو عملية ديمنج Deming Cycle ، وقد تضمنت هذه العجلة ما يأتي: (حمود ٢٠٠٤)

- خطط Plan : حدد المشكلة بوضوح ثم طور خطة تحسين الأداء.
- اعمل Do : نفذ الخطة واختبر الأداء.

- ادرس Check\ Study : تأكد من عمل الخطة أثناء التنفيذ.
- صحح Act : قم بالتحسين والتطوير على الخطة ثم استمر بالخطة وإعادة الدورة وهكذا.




الشكل ( ٨ ) دورة ديمنج

جوزيف جوران Joseph Juran

( ١٩٠٤ - ٢٠٠٨)

أسهم جوران في ثورة الجودة في اليابان؛ حيث استدعته عام ١٩٥٤ نقابة العلماء والمهندسين اليابانيين لإلقاء محاضرات عن الجودة ومسؤولية الإدارة في تحقيق الجودة، وقد ربط جوران بين تحسين الجودة وكفاءة الإدارة من خلال ما يسمى ثلاثية جوران التي تتكون من التخطيط الجيد والرقابة الفعالة على الجودة وإجراء التحسينات المستمرة.

- وقد ركز جوران على العيوب أو الأخطاء أثناء العمل التشغيلي "العمليات" وكذلك على الوقت الضائع Lost time أكثر من الأخطاء المتعلقة بالجودة ذاتها، كما أنه ركز على رقابة الجودة دون التركيز على كيفية إدارة الجودة quality management ، لذا فهو يرى أن النوعية تعني مواصفات المنتج design of the product التي تشبع حاجات المستهلكين وتنال رضاهم مع عدم احتوائها على المبيعات أو النواقص، ولذا فإن جوران يرى أن التخطيط للجودة يمر بعدة مراحل هي : (حمود ٢٠٠٤)

١. تحديد المستهلكين الحاليين والمرتقبين.

٢. تحديد حاجاتهم وتطلعاتهم ورغباتهم.
٣. تطوير مواصفات المنتج لكي تستجيب لحاجات هؤلاء المستهلكين.
٤. تطوير العمليات التي من شأنها تحقيق إنجاز تلك المواصفات أو المعايير المطلوبة.
٥. نقل نتائج الخطط الموضوعة إلى القوى التشغيلية.

وقد لخص جوران خطوات الرقابة على الجودة بما يأتي:

- تحديد المعايير والمواصفات القياسية "المعيارية".
- تقييم الأداء الفعلي "المتحقق" للعمل.
- مقارنة الأداء المتحقق "الفعلي" بالأهداف والمعايير القياسية الموضوعة.
- معالجة الاختلافات أو الانحرافات بإنجاز الإجراءات الصحيحة corrective action

وقد أشار جوران إلى تطوير المنتج ،وهذا يمثل كذلك أحد إسهاماته في إدارة الجودة الشاملة، بحيث تعكس الرقابة على النوعية دور الصيانة التي تنجز على مستوى المنتج المعين، في حين أن تطوير المنتج كما يراه جوران يمثل صميم إدارة الجودة الشاملة وهي عملية مستمرة تكاد لا تنتهي، لذا فهو يتعرض من خلال ذلك إلى نوعين من المستهلكين وهي:

١. المستهلك الخارجي External customer ويمثل العميل الذي يشتري السلع أو يقتني الخدمات ولا يكون ضمن العاملين في المنظمة.
٢. المستهلك الداخلي Internal customer وتمثل المستهلكين الذين يمثلون العاملين داخل المنظمة ذاتها.

ويساهم كلاهما في تطوير المنتج وتحسينه بصورة مستمرة ،ولذا تشكل النوعية رحلة لا تنتهي.

<u>فيليب كروسبى</u> Philip Grosby
(١٩٢٦ – ٢٠٠١)

أول من نادى بفكرة العيوب الصفرية ( Zero Defects ) ، والذي يخالف فيها فكرة المستويات المقبولة للجودة والنسب المسموح بها للأخطاء والعيوب، كما أنه كان يربط بين مستوى الجودة في المنظمة وبين الأرباح المتحققة، حيث كلما ارتفع مستوى الجودة أدى انخفضت التكلفة وزادت الأرباح تبعا لذلك.

ويرى كروسبي كذلك بأن ما يضمن استمرارية تطوير الجودة عوامل منها:

١. وعي المستهلكين الكامل بأهمية الجودة لمختلف المنتجات السلعية والخدمية التي تقوم بتقديمها المنظمات المختلفة.
٢. تطوير الأدوات التي تساعد على تطوير الجودة مما يؤدي بالنتيجة إلى زيادة الحصة السوقية للمنظمة، وتوفير الميزة التنافسية الملائمة لمنتجاتها وخدماتها.
٣. تطوير الثقافة المتعلقة بالجودة بما يلائمها من متغيرات بيئية وظرفية أخرى، إذ إن بناء الثقافة الملائمة للجودة تشكل أهمية في توفير قاعدة أساسية لتطبيق برنامج الجودة الشاملة، ويمكن الإشارة لما أكده كروسبي بهذا الصدد فقد:

- أشار إلى تحديد مفهوم الجودة بأنها المطابقة للمتطلبات Conformance to Requirement
- حدد نظام الجودة بأنه يتضمن الوقاية من المعيبات.
- أشار إلى أن معيار الإنجاز النوعي يتضمن المعيبات صفر Zero Defect.
- حدد معايير المقاييس للنوعيةبأنها تتضمن التكاليف المتعلقة بالنوعية Cost of Quality .

كاورو إيشيكاوا (kaoro Ishikawa)

(١٩١٥ – ١٩٨٩)

يعتبر الأب الروحي لحلقات الجودة Quality Circles ؛ وهي مجموعات صغيرة من العاملين ينضمون مع بعضهم بصفة تطوعية ، ويقيمون اجتماعاتهم لمناقشة مشاكل الجودة في العمل، وقد نادى إيشيكاوا بإشراك العاملين في حل المشكلات من خلال حلقات الجودة، كما نادى بأهمية التعليم والتدريب في زيادة معارف العاملين وتحسين مهاراتهم وتغيير اتجاهاتهم (جودة ٢٠٠٤)

فريدريك تيلور Fredreric Taylor

(١٨٥٦ – ١٩١٥)

مهندس امريكي لقب "ابو الادارة العلمية" كان اول من ادخل الجودة كمفهوم في دراسته التي قام بها وهي بعنوان "دراسة الوقت والحركة" حيث كان يرغب بتقسيم العمل الى المراحل التي تكونه، ثم قياس كل مرحلة مقابل ١٠٠ جزء من الدقيقة، وبهذه الطريقة يمكنه ان يجد افضل طرقة للقيام بالعمل. (سنجق ٢٠٠٩)

والتر جي شويهارت Walter J. Shewhart

(١٨٩١ – ١٩٦٧)

فيزيائي ومهندس واحصائي امريكي يلقب احيانا "ابو المراقبة الاحصائية للجودة" قام بتطـــوير المفهوم الاحصائي لمراقبة العملية، واستعمل الرسوم البيانية القياسية لتمييز الاسباب الخاصـــة من الاسباب العادية للاختلاف في العمليات.

كما طور دورة عملية التحسين بلا نهاية او التي تعرف بدورة (PDCA) إلى (PDCA Focus) والتي اصبحت اساساً لتطوير الجودة.

وفي عام ١٩٨٠ دمج المستشفى الأمريكي المتحد (هو الآن جزء من اتحاد الرعاية الصحية الكولومبي) فكرة ديمينغ في نموذج فوكوس- بي دي سي أي، الذي تتبعه، وبذلك زود الرعاية الصحية بلغة مشتركة وإطار موحد من تحسين الجودة المستمر CQI.

(www.isixsigma.com/dictionary/FOCUS_-_PDCA-823.htm)

والحروف المستعملة في ذلك النموذج ترمز الى:

١ . حرف P لعبارة خطط التحسين plan the improvement

٢ . حرف D لعبارة نفذ وابدا التغيير Do and start the change

٣ . حرف C لعبارة تحقق من نتائج التحسين Check the result of improvement

٤ . حرف A لعبارة العمل على المحافظة على النجاح او ابدا من جديد Act to hold the gain or start again (سنجق ٢٠٠٩)

تاهييتشي اوهنو Taiichi Ohno

(١٩١٢ – ١٩٩٠)

صيني تخرج من معهد ناغويا التقني، يعتبر ابو نظام الانتاج في شركة تويوتا، طور مفهومي الانتاج في الموعد المحدد just in time production والصناعة المرنة flexible manufacturing وذلك للتخلص من الهدر، واكد ايضا على مفهوم العمل الجماعي في عملية الانتاج. (سنجق ٢٠٠٩)

## ٢-٧ مقارنة بين الإدارة التقليدية وإدارة الجودة الشاملة

هناك فروقات عدة بين النمط التقليدي في الإدارة وإدارة الجودة الشاملة ،وبعضها مبين في الجدول الآتي :

جدول رقم (١) مقارنة بين الإدارة التقليدية وإدارة الجودة الشاملة

| الإدارة التقليدية | إدارة الجودة الشاملة |
|---|---|
| ١- الرقابة اللصيقة وتصيد الأخطاء | الرقابة الذاتية |
| ٢- العمل الفردي | العمل الجماعي وروح الفريق |
| ٣- التركيز على المنتج | التركيز على المنتج والعمليات |
| ٤- مشاركة الموظفين | اندماج الموظفين |
| ٥- التحسين وقت الحاجة | التحسين المستمر |
| ٦- جمود السياسات والإجراءات | مرونة السياسات والإجراءات |
| ٧- حفظ البيانات | تحليل البيانات وإجراء المقارنات البينية |
| ٨- التركيز على جني الأرباح | التركيز على رضا العملاء |
| ٩- النظرة إلى الموردين على أنهم مستغلين | مشاركة الموردين |
| ١٠- العميل الخارجي | العميل الخارجي والداخلي |
| ١١- الخبرة ضيقة تعتمد على الفرد | الخبرة واسعة عن طريق فرق العمل |

## ٢ – ٨ مؤسسات وشهادات وجوائز الجودة المعتمدة دوليا

سعت بعض الدول إلى إنشاء جوائز وطنية للجودة مثل الولايات المتحدة الأمريكية واليابان وسنغافورة والفلبين واستراليا وبعض الدول العربية كدولة الإمارات العربية المتحدة والأردن . يتم بموجبها منح جوائز تميز للمؤسسات الحكومية التي تحقق الإبداع والريادة في تقديم الخدمة وإرضاء متلقيها ، والهدف الآخر هو قياس أداء هذه المؤسسات للوقوف على واقعها وتعميم التوجه نحو تطبيق مبادئ "ادارة الجودة الشاملة" ودفع المؤسسات الحاصلة على الجائزة لتكون مثالا يحتذى به.

وتمثل جوائز الأداء المتميز مسابقات تتنافس فيها المؤسسات استنادا إلى تميزها في جودة الخدمات التي تقدمها وارتقاء نظم وأساليب العمل والعلاقات التنظيمي السائدة بها ، والتي تتيح فرص التحسين والتطوير المستمر.

- **جائزة ديمنغ**

في عام ١٩٥١ ، تم إطلاق جائزة ديمنج من خلال اتحاد العلماء والمهندسين اليابانيين وذلك تقديرا واعترافا بجهود ديمنج ومساهماته في الصناعة اليابانية وخصوصا في الأساليب الإحصائية لضبط الجودة والتي اعتبرها اليابانيون اسباب تفوق دولتهم في الجودة. وتمنح جائزة ديمنج للمنظمات والأفراد الذين يساهمون في تطبيق ونشر مبادئ إدارة الجودة الشاملة.

- **جائزة مالكوم بالدريج للجودة الوطنية**

أطلقت هذه الجائزة عام ١٩٨٧، في الولايات المتحدة الأمريكية ، وحملت اسم مالكوم بالدريج، تقديرا لجهوده في المساهمة في تحسين كفاءة وفعالية وزارة التجارة في الولايات الأمريكية. والهدف الرئيسي لهذه الجائزة هو تشجيع الاهتمام بموضوع الجودة، واستيعاب المنظمات لمفهوم التميز في العمل، بالإضافة إلى تبادل المعلومات والخبرات عن تجارب الشركات الفائزة في مجال الجودة.

- **الجائزة الأوروبية للجودة**

في عام ١٩٩١، قامت المؤسسة الأوروبية لإدارة الجودة بتأسيس هذه الجائزة لتشجيع المؤسسات الملتزمة بالتميز في إدارة الأعمال وتطبيق ادارة الجودة الشاملة وذلك في دول أوروبا

- **جائزة برنامج دبي للأداء الحكومي المتميز**

يتم تقييم الدائرة المتميزة للحصول على هذه الجائزة اعتمادا على معايير عدة ؛أهمها : القيادة والسياسة وإدارة الموارد البشرية والعمليات، ونتائج العملاءوالمجتمع وغيرها من المعايير الفرعية لكل معيار رئيس، ويتصف البرنامج ببساطته وسهولة تطبيقه.

- **جائزة الملك عبدالله الثاني لتميز الاداء الحكومي والشفافية**

صدرت الإرادة الملكية السامية بتاريخ ٢٠٠٢/٩/٤ بإنشاء هذه الجائزة بهدف تعزيز دور القطاع المجتمع الأردني بكافة قطاعاته. وكانت أهم أهداف الجائزة ما يأتي:

**أهداف الجائزة:**

١- إحداث نقلة نوعية وتطوير في أداء المؤسسات الحكومية في خدمة المواطنين الأردنيين و المستثمرين و تعزيز تنافسيتها ، عن طريق نشر الوعي بمفاهيم الأداء المتميز والإبداع والجودة و الشفافية .

٢- تجذير ثقافة التميز التي ترتكز على أسس عالمية للممارسات الفضلى للحكومات الحديثة.

٣- ضمان قيام القطاع الحكومي بالواجبات و المهام الموكلة إليه على الوجه الأكمل وبمستويات عالية من الجودة و الكفاءة و الاحتراف.

٤- تعزيز تبادل الخبرات بين مؤسسات القطاع العام ومشاركة بعضها البعض قصص النجاح في الممارسات الادارية الناجحة .

أما فئات الجائزة فإنها كالآتي :

١- أفضل وزارة .

٢- أفضل مؤسسة عامة / دائرة / سلطة مستقلة .

٣- أفضل إنجاز.

٤- أفضل وزارة تشارك لأول مرة.

٥- فئة الموظف الحكومي المميز.

وتعتبر المشاركة في الجائزة إلزامية لكافة الوزارات و المؤسسات الحكومية ويتم ذلك بشكل تدريجي .

- **نظام تحليل المخاطر ونقاط الضبط الحرجة ( HACCP )**

يطلق على هذا النظام اسم نظام ( هسب) Hazard Analysis Critical Control POINT أحد أنظمة الجودة الغذائية ، حيث أنه وسيلة فعالة لضمان سلامة الغذاء خلال كافة مراحل العملية الإنتاجية

لقد كان هناك في السابق أنظمة تقليدية لضبط جودة المواد الغذائية حيث كانت تعتمد على الفحص والرقابة وأخذ عينات من كافة مراحل العملية الإنتاجية الأمر الي يؤدي إلى ارتفاع التكلفة وضياع الجهد والوقت. وقد تم تطوير نظام (هسب) لتحديد المواقع الحساسة في العملية الإنتاجية من أجل مراقبتها وتطبيق إجراءات الضبط عليها فقط وليس على كافة مواقع العملية الإنتاجية.

- **نظام إدارة الجودة**

في أوائل الثمانينات قامت اللجنة الأوربية للمعايير European Committee for Standardization (ECS) بوضع فكرة منظمة دولية للمعايير، والتي ظهرت باسم المنظمة العالمية للتقييس وقامت بإصدار مسودة في عام ١٩٨٥، ثم صودق عليها ونشرت عام ١٩٨٧م باسم شهادة الآيزو ٩٠٠٠ ، ووافقت عليها ٣٥ دولة مشاركة، وتتابع إصدار

هذه المعايير بشكل سلسلة إلى أن صدرت بشكلها النهــائي عــام ١٩٩٤ باســم : ISO 9001-9002-9003-14001 STANDARDS ، وأخيراً مواصفة عام ٢٠٠٠.

وقد وافق على مقاييسها أكثر من ٥٠ دولة منذ نشأتها، وهناك هدفان أساســيان لــشهادة الآيزو ٩٠٠٠؛ الأول: ضمان حصول متلقي الخدمــة علــى المنــتج أو الخدمــة التــي يرغبونها، والثاني: ضمان توفير المنتج أو الخدمة بطريقة فعالة وغير مكلفة.

وتشمل شهادة الآيزو ٩٠٠٠ سلسلة من المقاييس التي تتناول كل الجوانب فــي العمليــات داخل الشركة، ولكنها تركز بشكل خاص على الوثائق إلى تؤكد ذلــك، وتتعلــق معظــم العناصر في المواصفة ببعضها بعضاً، ويعتقد خبراء الجودة والشركات التي حصلت على هذه الشهادة أن الوصول لتطبيق نظام الآيزو ٩٠٠٠ يعطي العمل ميزة هامة، لأن الجهود تطور نظاماً كاملاً وشاملاً للجودة. (سنجق ٢٠٠٩)

### ٢ – ٩ تطور مفهوم الجودة في المجال الصحي:

أول من استخدم هذا المفهوم في مجال الطب ممرضة بريطانية تــدعى "فلــورنس نايتنغيــل" (١٨٢٠ – ١٩١٠) كانت تشرف على تقديم الرعاية الصحية بالمستشفيات العــسكرية خــلال "حرب القرم ١٨٥٤"، وذلك بإدخال معايير أداء بسيطة إلى عملها، ممــا أدى إلــى انخفــاض ملحوظ في عدد الوفيات في تلك المستشفيات، وقد استعملت التحليل الإحصائي بشكل مكثــف في جمع الوثائق، وتحليل وعرض الإحصائيات المتعلقة بالرعاية الطبية والصحة العامة. كمــا كانت أول من نادى بتنظيم التحقيق المتعلق بعمليات و إجراءات الرعاية الصحية والتــي قــد تكون مرتبطة بالنتائج المُتغيرة. (نياز ٢٠٠٥)

ثم وضع "فلكسنر" معايير لكليات الطب في الولايات المتحدة الأمريكية، لكن تطبيق الجودة في نطاق الصحة بالمعنى الحديث لم يبدأ إلا أثناء الحرب العالمية الأولى حين طــورت أكاديميــة الجراحين الأمريكيين معايير محددة للعناية الطبية في الولايات المتحدة الأمريكيــة، وأنــشئت لجنة اعتماد المستشفيات الأمريكية سنة ١٩٥٢م، وقد ساهم د. إيرنيست جودمــان (١٨٦٩-١٩٤٠) Ernest Codman . بتأسيس ما يُعرف اليــوم بــإدارة نتــائج رعايــة المــريض outcomes management in patient care، كما كان أول من أسس مراجعة الإصــابات والوفيات mortality & morbidity reviews وذلك لتعقب نتائج المريض، وتحديد الخلــل السريري الذي يمكن تفاديه مُستقبلاً.

كما ساعد د. جودمان أيضاً في قيادة تأسيس الكلية الأمريكية للجراحين وبرنامجها لوضع معايير المستشفيات، هذا البرنامج الذي انبثقت لاحقاً عنه الهيئة المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. وفي سنة ١٩٧٠م بُدء العمل بالتدقيق الطبي، وظهر في سنة ١٩٨٧م مفهوم إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية.وحتى وقت قريب، كانت برامج الجودة تستخدم في المستشفيات في الدول المتقدمة، وكانت تعتمد على معايير الرعاية التي طورتها منظمات اعتماد المؤسسات الصحية، وفي الثمانينات انتقلت هذه البرامج إلى الرعاية الصحية الأولية في الولايات المتحدة وأوربا، ومما ساعد على إدخال المعايير للرعاية الطبية هو أدلة العمل والمعايير التي طورتها منظمة الصحة العالمية للحد من انتشار مرض الإسهال والتهابات الجهاز التنفسي الحادة وخاصة عند الأطفال، وبعد عام ١٩٨٥م بدأت منظمة الصحة العالمية بمشاريع كثيرة أخرى، مثل مشروع "بحوث عمليات الرعاية الصحية الأساسية" باستخدام تحليل النظم وتقييم المرافق الصحية لتقييم جودة الرعاية الصحية. (نياز ٢٠٠٥)

وقد ساهم أفيديس دونابيديان Avedis Donabedian (١٩١٠ – ٢٠٠٠) بتعزيز استعمال مقاييس الأداء لتقييم وتحسين الجودة في الرعاية الصحية. وهو معروف جداً بسبب صياغته لنموذج "البنية- العملية- النتيجة structure-process-outcome" لتقييم نشاطات الجودة، حيث حدد هذا النموذج إطاراً لأكثر نشاطات قياس وتحسين الجودة المُعاصرة.

ويتكون هذا النموذج مما يأتي:

- <u>مقاييس ومؤشرات البنية</u> : تقيّم قابلية النظام على توفير الجودة في الرعاية ، ( هل العناصر الصحيحة في مكانها المناسب لتكون قادرة على توفير الجودة في الخدمات ؟).
- <u>مقاييس ومؤشرات العمليات</u> : تعطي المعلومات عن كيفية توفير الرعاية والخدمات ( هل تُجرى الإجراءات الملائمة للأشخاص المعنيين في الوقت المناسب؟).
- <u>مقاييس ومؤشرات النتائج:</u> تقيس نتائج الأداء أو عدمه فيما يتعلق بأي عملية أو وظيفة ، ( هل النتائج جيدة كما يجب أن تكون؟).

**جدول رقم (٢) نموذج بونابيديان لقياس الاداء**

| نموذج قياس الأداء بطريقة البنية – العملية – النتيجة | |
|---|---|
| مقاييس أو مؤشرات | أمثلة |
| البنية | الخدمات التخصصية<br>إحصاء المرضى<br>الحوافز المالية<br>إحصائيات المرضى- الأجناس<br>إحصائيات مؤسسات العناية الصحية<br>المواقع الجغرافية<br>ساعات العمل<br>عدد أسرة التنويم بالنسبة لسكان المنطقة المخدمة<br>نسبة الأطباء الحائزين على شهادة البورد<br>نسبة الممرضات للمرضى |
| العملية | الفحص<br>التقييم<br>التشخيص<br>التثقيف<br>التحويل و التخريج<br>تنسيق الرعاية<br>تعليم المريض و الأسرة |
| النتيجة | رضا المريض و الموظف<br>نسبة المصاريف للدخل<br>الأنتاجية<br>نسبة الوفيات<br>المؤثرات السلبية للدواء<br>الأعراض<br>عدد المرض المعالجين بصورة ناجحة |

## ٢ – ١٠ نشأة مفهوم الاعتمادية في المؤسسات الصحية وتعريفه:

تُعد الهيئة المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية JCAHO ( Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization) الشكل والبداية الأولى للهيئة المشتركة الدولية JCI (Joint Commission International) داخل الولايات المتحدة، وهي كذلك من أقدم وأكبر الهيئات الرائدة في اعتماد المؤسسات الصحية، ومنها استمدت

جميع الهيئات ومؤسسات الاعتماد الحكومية حول العالم معاييرها وتشريعاتها.

و قد قيمت هذه الهيئة منذ تأسيسها واعتمدت ما يقرب من (١٧٠٠٠) مؤسسة وبرنامج صحي في الولايات المتحدة بما فيها (٤٥٠٠) مستشفى، وحاليا فإن ٨٠% من مستشفيات الولايات المتحدة معتمدة من قبل هذه الهيئة.

وتنشط هذه الهيئة في ما يقرب من ٨٠ دولة حول العالم، ويتنوع نشاطها بين تطبيق مجموعة المعايير الدولية لجودة الرعاية الصحية في المؤسسات الصحية بشكل مباشر، أو العمل بعقود مع وزارات الصحة في تلك البلدان، وكذلك بالتعاقد والتعاون مع منظمة الصحة العالمية لمساعدة الدول في صياغة معاييرها الخاصة بجودة الرعاية الصحية، أو إنشاء وتأسيس هيئات وبرامج اعتماد خاصة بتلك الدول.

و يعود تاريخ تأسيس JCAHO إلى عام ١٩١٧م ،عندما قامت كلية الجراحين الأمريكية بتأسيس برنامج إجازة المستشفيات (Hospital Certification Program)، وفي عام ١٩٥٢م قامت اللجنة بالتوسع من خلال تبني كل من جمعية المستشفيات الأمريكية و كلية الطب الأمريكية وكذلك نقابة الأطباء الأمريكية.

في عام ١٩٥٩ انسحبت نقابة الأطباء الكندية من الهيئة لتأسيس برنامجها الخاص بها للاعتمادية، وفي عام ١٩٦٥ أقر الكونغرس الأمريكي "قانون الضمان الاجتماعي" للعام ذاته حيث أكد هذا القانون بأن المستشفيات التي تعتمد من الهيئة الأمريكية لاعتماد المؤسسات الصحية هي من ستعتمد للضمان لأغراض علاج المستفيدين دون غيرها، وفي عام ١٩٧٨ عقدت الهيئة اتفاقية مع كلية الأمراض الأمريكية لتأسيس برامج اعتماد للمختبرات داخل المستشفيات.

وفي عام ١٩٨٧ غُير اسم الهيئة إلى الهيئة المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية، لتعكس بذلك توسع مجال أنشطتها. وفي عام ١٩٩٩ روجعت رسالة الهيئة لتعكس بشكل واضح مفهوم سلامة المريض Patient Safety.

أما في عام ٢٠٠٢ فقد طرحت رؤية مشتركة ومبادرات جديدة صممت للتأكيد وبشكل واضح على اعتماد النظم الصحية التي تركز بقوة على سلامة رعاية المريض وجودتها ، وتضمن عام ٢٠٠٤ مراجعة متكررة للأداء والتأكيد على العمليات التي تعتمد الأولويات

وكذلك برنامج مسح جديد يعتمد منهجية المتابعة الحثيثة للرعاية منـذ دخـول المـريض للعلاج وحتى خروجه.

ويُعد الهدف الرئيس لمحاولة المستشفيات الحصول على الاعتمادية هـو مقارنـة نفسها بمعايير وضعتها مثيلاتها من المؤسسات، وأجمِع عليها لتطوير وتحسين عمليات الإنتـاج بها.

ولكن الحصول على الاعتمادية للمؤسسات الصحية في الولايات المتحدة يعني بالإضـافة لما تقدم أن المؤسسة قد طابقت مواصفات التأمين الصحي وبرامجه وحققت مـستلزمات الترخيص ويمكن لجميع المواطنين الأمريكيين التأمين لديها.

وتعتمد برامج الاعتمادية على سلسلة من المعايير لأداء أنشطة محـددة تـرتبط بجـودة الرعاية الصحية وسلامتها. (الموقع الألكترونـي للهيئـة المـشتركة الدوليـة لاعتمـاد المؤسـسات الـصحية) Joint Commission on Accreditation of Healthcare (Organization)

## ٢ – ١١ رسالة الهيئة الدولية المشتركة:

تحسين جودة الرعاية في المجتمعات الدولية من خلال تزويد هذه المجتمعـات بخـدمات الاعتمادية والاستشارات، وأسست الهيئة الدولية المشتركة (JCI) في العام ١٩٩٨ كذراع دولية لهيئة الاعتمادية المشتركة في الولايات المتحدة (JCAHO)، وقد طُرحت معـايير الاعتماد لتساعد الهيئة المشتركة في أداء رسالتها التي ترمي إلى تحسين سـلامة رعايـة المريض وجودتها حول العالم.

وقد عكست هذه المعايير التي وضعتها هذه الهيئة التغير الديناميكي في الرعاية الـصحية التي حدثت حول العالم، من خلال إدخال التكنولوجيا الجديـدة و طـرق جديـدة للعـلاج أصبحت قيد الاستخدام، كما أن المرضى أصبحوا يقطعون الحدود عبر العالم لتلقي العلاج هنا وهناك.

وكذلك فإن الأطباء والممرضين وجميع العاملين في الحقل الصحي أيضا بدأوا التنقل بـين البلدان بحثا عن فرص أفضل للتعلم والتطوير، بالإضافة إلى أن جميع العاملين في الحقـل الصحي يواجهون يوميا خطر التعرض للمخاطر والحوادث الناتجـة عـن العمـل فـي المستشفيات.

جميع هذه التحديات والتغيرات بالإضافة إلى الكثير من التحديات القانونيـــة والأخلاقيـــات المتعلقة بطبيعة العمل الصحي استوعبتها هذه المعايير، وتعاملت معها بجميع تفاصيلها.

## ٢ – ١٢ ما هي الاعتمادية

هي عملية تقوم خلاها هيئة مستقلة وغير مرتبطة بالمؤسسة الصحية- وغالبا ما تكون غير حكومية- بتقييم أداء المؤسسة الصحية؛ لتتأكد من أن هذه المؤسسة قد حققت مجموعة من المتطلبات (معايير) ، والتي من شأنها تحسين سلامة الرعاية الصحية المقدمة وجودتها.

والاشتراك في برامج الاعتمادية طوعي، وتلتزم إدارة المؤسسة الصحية من خلاله بتحسين سلامة الرعاية الصحية المقدمة للمرضى وجودتها ،وضمان بيئة رعاية آمنة ،وكذلك العمل الحثيث لتقليل المخاطر المحيطة بالمرضى والكوادر (الموقع الرسمي للهيئة المشتركة الدولية لاعتماد المؤسسات الصحية Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization) . وتجدد الاعتمادية كل ثلاث أعوام، ولا تجدد شهادة الاعتماد للمؤسسة الصحية إلا بعد اجتيازها عملية التدقيق نفسها كل مرة.

وهنا تجدر الاشارة إلى أن ترخيص المؤسسات يختلف عن الاعتمادية؛ إذ أن الترخيص حق قانوني تمنحه وكالة حكومية طبقا لقانون يحكم مهنة ما (مثل الطب أو التمريض) ، أو عمليات نشاط ما ( كما في المستشفيات أو مراكز الرعاية الصحية الأولية)، (خوجة ٢٠٠٤) وهي تمنح لمرة واحدة، ولا يمكن البدء في عمل المؤسسة الصحية إلا بعد الحصول عليها.

## ٢ – ١٣ الفوائد المرجوة من الالتحاق ببرامج الاعتماديــة والحــصول علــى شهادتها: -

إن عملية الاعتمادية مرتبطة بتحديد معايير للخدمة الصحية وتطويرها مما يدفع القــائمين على تقديم الرعاية الصحية باتجاه التخطيط المنهجي للخدمات مما يظهر أثره في مــستوى الخدمة ومن الفوائد المرجوة من الالتحاق ببرامج الاعتمادية ما يأتي:

١. تحسين الثقة المتبادلة بين المؤسسة والمجتمع المحيط فيما يتعلق بسلامة المرضى وجودة الرعاية الصحية.
٢. تزويد المؤسسة ببيئة عمل آمنة وفعالة تساهم بزيادة رضا العاملين.
٣. تحسين فرص التفاوض مع شركات التامين وبرامجــه مــن خــلال المعلومــات المتوفرة عن جودة الرعاية.
٤. الانفتاح والاستماع للمرضى وعائلاتهم واحترام حقوقهم وإشراكهم فــي الرعايــة الصحية باعتبارهم شركاء.
٥. خلق بيئة وثقافة تعلم تعتمد الاستفادة من الحوادث والأخطاء بوصفها فرصاً ثمينة للتحسين والتطوير.
٦. التأسيس لأسلوب قيادي تعاوني في المؤسسة، يعتمد تحديد الأولويات والاستمرار في السعي نحو الجودة وسلامة المرضى على كل المستويات. (الموقع الرســمي للهيئة المشتركة الدولية لاعتماد المؤسسات الــصحية Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization)

## وممن ساهموا كذلك في نهضة جودة الرعاية الصحية:

**د. بول باتالدين Paul Batalden**

وهو طبيب أطفال أمريكي تخرج من كلية الطب جامعة مينيسوتا، يعمل مديراً لتطوير قيادات تحــسين الرعايــة الــصحية health care improvement leadership development HCILD في مركز العلوم السريرية التقييمية Evaluative Clinical Sciences في كلية دارتماوث للطب. إضافة إلى ذلك، يشغل د.باتالدين مقعد أيرنيست بريتش Ernest Breech فــي قــسم تعليم وأبحاث تحسين جودة الرعاية الصحية فــي مركــز هنــري فــورد للعلــوم الــصحية

Department of Health Care Quality Improvement Education and Research at the Henry Ford Health Sciences Center في ديترويت.

قام د.باتالدين بتحويل بنود ديمينغ الأربعة عشر الهامة لتتناسب مع محيط الرعاية الصحية، والمعروف عنه بأنه رائد الجهود المبذولة لدفع عجلة تحسين رعاية المريض في مركز دارتماوث هيتشكوك الطبي. ولقد كتب كتاباً عن الجودة في الرعاية الصحية، كما ألف أو شارك في تأليف فصول من كتب أو مقالات في مجلات مهنية وذلك لمساعدة الآخرين في قيادة تحسين الجودة في الرعاية الصحية.

**د. برينت جيمس Brent James**

حاز على شهادة الطب من كلية الطب في جامعة أوتاوا، متبوعة بتدريب في الجراحة العامة كطبيب مُقيم. يشغل منصب المدير التنفيذي لأبحاث توفير الرعاية الصحية في معهد إنترماونتن للرعاية الصحية Intermountain Healthcare's Institute، كما يشغل منصب نائب رئيس الأبحاث والتعليم الطبي المُستمر.

طوّر د. جيمس مقاييس لقياس مستوى أداء الأطباء، كما ساهم في تطوير وإعادة تصميم أنظمة المعلومات والأدوات التي تُساعد الأطباء ومُنظمات الرعاية الصحية على تنفيذ نشاطات تحسين الأداء المهني اليومي.

www.jointcommission.org/Codman/Berwick.htm

## ٢ – ١٤ القطاع الصحي في الأردن

يوصف النظام الصحي الأردني بأنه نظام انتقالي ريادي لدولة نامية تتجه نحو الرفاه الاجتماعي وذلك بتأثره بمحددات اقتصادية وثقافية مميزة له، ويرى أنه نظام متطور ويواكب التغييرات والمستجدات العالمية، وأن الهدف الأسمى له تحسين الصحة والرقي بها، وأنه ينسجم مع شعارات الدولة في اعتبار المواطن أغلى ما تملك، وهو ضمن التوجه السياسي للدولة، حيث ينص الدستور الأردني بأن الصحة حق للجميع ، وأن الدولة يجب أن توفرها لكل المواطنين، وكذلك يوجد التزام سياسي وعلى أعلى المستويات للعمل على تحقيق الصحة للجميع لتحقيق العدالة والمساواة والمعالجة والوقاية من الأمراض. (مسودة ٢٠٠٣).

ويتكون النظام الصحي الأردني من القطاعات الآتية: (الموقع الالكتروني الخاص بـــوزارة الصحة الأردنية)

١. وزارة الصحة.

٢. الخدمات الطبية الملكية.

٣. المستشفيات الجامعية.

٤. المركز الوطني للسكري والغدد الصماء والأمراض الوراثية.

٥. المستشفيات الخاصة.

٦. وكالة الغوث الدولية لإغاثة وتشغيل اللاجئين – الأنروا.

و فيما يأتي جدول يبين بعض الإحصاءات السكانية والصحية في المملكة الأردنية الهاشـــمية للعام ٢٠٠٨م:

الجدول رقم (٣) / المعلومات السكانية و الصحية
من سنة :٢٠٠٧الى ٢٠٠٨

| **البيان** | 2007 | 2008 |
|---|---|---|
| عدد السكان (المقدر) | 5723000 | 5850000 |
| معدل الأمية بين السكان الذين أعمارهم ١٥ سنة فأكثر ذكور | 4.3 | 4.1 |
| معدل الأمية بين السكان الذين أعمارهم ١٥ سنة فأكثر إناث | 11.6 | 11.4 |
| معدل المواليد الخام لكل ١٠٠٠ من السكان | 29.1 | 28.0 |
| للمواليد الذين لا تقل أوزانهم عن ٢٥٠٠ غم (%) | 92.8 | 92.8 |
| معدل النمو | 2.2 | 2.2 |
| متوسط حجم الأسرة | 5.4 | 5.4 |
| معدل الخصوبة الكلي | 3.6 | 3.6 |
| العمر المتوقع عند الولادة ذكور | 71.7 | 71.6 |
| العمر المتوقع عند الولادة إناث | 74.4 | 74.4 |
| معدل الوفيات الخام لكل ١٠٠٠ من السكان | 7.0 | 7.0 |
| معدل الوفيات الرضع لكل ١٠٠٠ مولود حي | 19.0 | 19.0 |
| نسبة الإعالة (%) | 68.4 | 68.2 |
| معدل البطالة (%) | 13.1 | 12.7 |
| معدل الأطباء/ ١٠٠٠٠ فرد | 26.7 | 24.9 |
| معدل أطباء الأسنان / ١٠٠٠٠ فرد | 8.5 | 8.7 |
| معدل ممرض (قانوني، قابلة، مساعد)/ ١٠٠٠٠ فرد | 33.6 | 33.2 |
| معدل صيدلي / ١٠٠٠٠ فرد | 14.1 | 13.2 |
| مجموع المستشفيات | 103 | 103 |
| مجموع أسرة المستشفيات في ا لمملكة | 11043 | 11200 |
| مجموع أسرة المستشفيات في وزارة الصحة | 4250 | 4333 |
| مجموع أسرة المستشفيات في الخدمات الطبية | 2131 | 2129 |
| أسرة مستشفى الجامعة الأردنية | 531 | 522 |
| مجموع أسرة مستشفى الملك المؤسس | 489 | 504 |
| مجموع اسرة المستشفيات في القطاع الخاص | 3642 | 3712 |
| معدل سرير / ١٠٠٠٠ فرد | 18.0 | 18.0 |
| نسبة الادخالات/١٠٠٠ فرد | 140.0 | 142.0 |
| معدل نسبة الاشغال% | 63.7 | 65.1 |
| معدل الاقامة% | 3.1 | 3.2 |

| | | |
|---|---|---|
| معدل نسبة الوفيات % في المستشفيات | 1.5 | 1.4 |
| عدد المراكز الصحية الشاملة في وزارة الصحة | 64 | 68 |
| عدد المراكز الصحية الأولية في وزارة الصحة | 377 | 375 |
| عدد المراكز الصحية الفرعية في وزارة الصحة | 238 | 240 |
| عدد مراكز الأمومة و الطفولة في وزارة الصحة | 416 | 419 |
| عدد مراكز الأمراض الصدرية في وزارة الصحة | 12 | 12 |
| عدد عيادات الأسنان في وزارة ا لصحة | 285 | 313 |
| موزانة وزارة الصحة من الموازنة العامة(%) | 5.6 | 7.4 |
| الإنفاق الصحي من الناتج المحلي الإجمالي بسعر السوق(%) | 0 | 14189 |
| متوسط دخل الفرد من الناتج المحلي الإجمالي بسعر السوق بالدينار | 1966.7 | 2426.0 |

وقد أسس مؤخراً مجلس اعتماد مؤسسات الرعاية الصحية (HCAC) وهي مؤسسة وطنية محايدة، سجلت تحت صفة شركة مساهمة غير ربحية، تعنى بمتابعة المستشفيات الوطنية الراغبة بتطبيق معايير الاعتماد الأردنية والتدقيق عليها.

ولا تلزم وزارة الصحة الأردنية مستشفياتها بتطبيق هذه المعايير كما في بعض الدول العربية كالسعودية، ولكنها بدأت في العام ٢٠٠٣ بتطبيق المشروع (مجانا) على ١٧ مستشفى أردنياً بالإضافة إلى ٧ أخرى في العام ٢٠٠٨ ممثلة القطاع الصحي الأردني بأكمله ، وهناك خمسة مستشفيات حصلت على شهادة الاعتمادية الأردنية، وهي التخصصي والأردن والاستقلال ومستشفى الجامعة الاردنية (مؤخرا) ومستشفى الملكة علياء لجراحة القلب (وهو مستشفى عسكري).

و تُعد المملكة الأردنية الهاشمية ممثلة بوزارة الصحة من الجهات العربية السباقة في دخول مجال تطبيق أنظمة جودة الرعاية الصحية، وذلك للمحافظة على التميز، والمستوى المتقدم للسمعة الطبية التي تتمتع بها المؤسسات الصحية الأردنية.

و قد انطلقت الدراسة للبحث في العلاقة بين تطبيق المستشفيات الأردنية للمعايير الوطنية للرعاية الصحية (بوصفه برنامج جودة متكامل للرعاية الصحية) وجودة الرعاية الصحية المقدمة في تلك المستشفيات، لما يمثله قطاع الخدمات الصحية في المملكة الأردنية الهاشمية من أهمية بالغة للمواطن الأردني وصاحب القرار على حد سواء، ونظراً لاعتماد السواد الأعظم من سكان المملكة على التأمين الصحي المباشر؛ إما عن طريق مستشفيات وزارة الصحة أو مستشفيات القطاع العسكري، وشريحة لا بأس بها عن طريق تأمين القطاع

الخاص، فمن حق هؤلاء المواطنين التمتع برعاية صحية ذات جودة ونوعية عاليتين وخصوصاً في مستشفيات وزارة الصحة، وذلك تجسيدا لرؤية صاحب الجلالة الملك عبدالله الثاني والذي قال في أحد خطاباته ( إن تحسين مستوى حياة المواطن يتطلب الاهتمام بالرعاية الصحية، وهي حق لكل مواطن ومواطنة، فالإنسان السليم المطمئن على صحته وصحة أبنائه وأسرته، الإنسان القادر على العمل والإنتاج) . (الموقع الألكتروني لمجلس النواب الاردني)

## ٢ – ١٥ لمحة تاريخية لبرنامج اعتماد المستشفيات في الأردن.

- اتفقت وزارة الصحة الأردنية والوكالة الأمريكية للإنماء الدولي (USAID) عام ٢٠٠٤م لدعم مشروع اعتماد المستشفيات الأردنية تحت مشروع PHR PLUS ، وقد بوشر في تطبيق المشروع.
- اعتمدت ونشرت معايير اعتماد المستشفيات الأردنية في الفترة الواقعة بين عامي (٢٠٠٥- ٢٠٠٦)
- طُورت المعايير الأردنية لاعتماد المستشفيات في الفترة الواقعة بين عامي ٢٠٠٦-٢٠٠٧
- تم مساعدة المستشفيات المختارة لتحقيق المعايير الأردنية لاعتمادها من قبل الهيئة الأردنية لاعتماد المستشفيات.
- أسس مجلس اعتماد الرعاية الصحية (HCAC) عام ٢٠٠٨م ، وبالتالي الاستمرار في تقديم الدعم لنظام الاعتماد في الأردن.( الموقع الألكتروني لمجلس اعتماد الرعاية الصحية الاردني (HCAC)

## ٢ – ١٦ المستشفيات المشاركة حاليا بالمشروع (١٧ مستشفى) :

<u>مستشفيات وزراه الصحة</u> : ثمانية مستشفيات هي:

مستشفى البشير، مستشفى الأمير فيصل، مستشفى د. جميل التوتنجي ، مستشفى الأميرة راية ، مستشفى الكرك ، مستشفى الحسين ( السلط )، مستشفى الملكة رانيا العبدالله ، مستشفى الأميرة بسمة .

<u>مستشفيات القطاع الخاص</u>: خمسة مستشفيات

مستشفى لوزميلا ، مستشفى فلسطين، مستشفى الأردن ، مستشفى الاستقلال ، المستشفى التخصصي .

<u>المستشفيات الجامعية</u>: مستشفى الجامعة الأردنية، مستشفى الملك عبد الله الثاني.

مستشفيات الخدمات الطبية الملكية: مستشفى الملكة علياء ، مستشفى الأمير زيد.

**٢ – ١٧ أهداف إنشاء مشروع اعتماد المستشفيات في الأردن:**

- الاستمرار في تحسين الجودة في قطاع الخدمات الصحية في الأردن.
- التأكيد بأن القطاع الصحي آمن ويوفر بيئة آمنة للمرضى والزوار والكوادر العاملة.
- زيادة الرضا الوظيفي للكوادر العاملة في القطاع الصحي في الأردن.
- التأكيد بأن الأردن معروف وعلى المستوى العالمي خاصة، بتقديمه للخدمات الصحية العالية الجودة و الآمنة ( السياحة العلاجية ).

**٢ – ١٨ أهم ما يميز معايير الاعتماد الاردنية :**

- تم تطوير هذه المعايير من قبل خبراء مختصين أردنيين من المستشفيات المختارة.
- مقبولة في الأردن ومعتمدة من وزارة الصحة الأردنية.
- مقبولة عالمياً من قبل International Society for Quality in Health (ISQua) Care
- مقسمة إلى ١٥ مجموعة
- مصنفة إلى معايير أساسية، وجوهرية، و متقدمة

**٢ – ١٩ المحاور التي تشملها المعايير الاردنية:**

- Medical records السجلات الطبية.
- Human Resources الموارد البشرية.
- Quality Improvement and Patient Safety تحسين الجودة وسلامة المرضى .
- Nursing Services خدمات التمريض.
- Support Services الخدمات المساندة.
- Medical Staff الكادر الطبي.
- Medication Use and Pharmacy Services استخدام الأدوية وخدمات الصيدلية .
- Management and Leadership الإدارة والقيادة.
- Management of Information إدارة المعلومات.
- Diagnostic Services الخدمات التشخيصية.

**المعايير من حيث إلزامية تطبيقها:**

حُددت المعايير على النحو الآتي :

- **أساسية**: يجب على المستشفيات أن تحقق ١٠٠% من المعايير الأساسية للحصول على الاعتماد
- **جوهرية**: يجب على المستشفيات أن تحقق نسبة معينة منها مثلاً ٤٠% للحصول على الاعتماد
- **متقدمة**: يجب على المستشفيات أن تحقق نسبة معينة مثلاً ٢٠% للحصول على الاعتماد

في كل فترة جديدة للاعتماد تُزاد نسبة المعايير الجوهرية والأساسية التي يجب تحقيقها

**مثال على المعايير( Critical / أساسية) المتفق عليها**

PR.1 The hospital has a specified list of procedures for which informed consent is required from the patients or other authorized person. The list includes the following (when applicable to the hospital's services):

١. لدى المستشفى قائمة محددة بكافة الإجراءات التي تحتاج إلى الحصول على موافقة مسبقة من المرضى أو من ينوب عنهم. وتتضمن القوائم ما يأتي (في حال تطابقها مع خدمات المستشفى) :

**مثال على المعايير (Core /جوهرية) المتفق عليها**

PR.5 The hospital ensures that the Ethics Committee has reviewed and approved all research protocols that involve human subjects as required by law.

٥. يتأكد المستشفى بأن لجنة الآداب والسلوك الطبي قد قامت بمراجعة جميع بروتوكولات الأبحاث التي تتعلق بالإنسان كما هي مطلوبة بالقانون والموافقة عليها.

**مثال على المعايير (Stretch / متقدمة) المتفق عليها**

GC.1.1 The care plan includes all disciplines that are providing care to the patient.

١,١ تتضمن خطة الرعاية الصحية كافة الاختصاصات التي تقدم للمريض الرعاية الصحية.

## ٢ – ٢٠ لمحة عن مجلس اعتماد المؤسسات الصحية في الأردن:

ومع تقدم مشروع الاعتمادية الأردني وتطوره ؛ وجد أن هناك حاجة لكيان وطني محايد و مستقل ، يكون هو الراعي لعملية اعتماد المؤسسات الصحية من خلال الإشراف على قياس أداء خدمات الرعاية الصحية من ناحية الجودة ،والعمل على التحسين المستمر للجودة. ومن هنا جاء تأسيس مجلس اعتماد المؤسسات الصحية، بوصفها مؤسسة غير ربحية تعمل بإشراف مجلس إدارة، في إطار الاستجابة للحاجة إلى تطوير مستوى جودة خدمات الرعاية الصحية، وتطوير المفاهيم المتعلقة بسلامة المرضى في الأردن، والانتشار على مستوى المنطقة في المستقبل من خلال عملية الاعتماد للمؤسسات الصحية.

## ٢ – ٢١ أهداف إنشاء مجلس المؤسسات الصحية في الاردن (HCAC):

- العمل على وضع المعايير الوطنية للرعاية الصحية الخاصة بالمؤسسات الصحية وبرامج الرعاية الصحية، والتي تتماشى مع المتطلبات العالمية للجودة في مجال الرعاية الصحية (الجمعية الدولية لجودة الرعاية الصحية - ISQua)، ومراجعة تلك المعايير وتصنيفها ونشرها.
- مساعدة المؤسسات الصحية ومقدمي الرعاية الصحية على تفهم معنى معايير اعتماد المؤسسات الصحية.
- تصديق/ اعتماد المقيّمين العاملين في عملية تقييم المؤسسات الصحية لغايات الاعتماد، وإجراء مسوح للمؤسسات الصحية والبرامج طبقا للمعايير المعتمدة والتوصية بمنح شهادة الاعتماد.
- التحسين المستمر لجودة خدمات الرعاية الصحية وسلامتها.

## ٢ - ٢٢ مهمة مجلس المؤسسات الصحية في الاردن (HCAC):

ضمان توافر المستوى الأمثل من الجودة والسلامة في خدمات الرعاية الصحية عن طريق تطوير المعايير المقبولة عالمياً للمؤسسات و برامج الرعاية الصحية ومراجعتها وتصنيفها، وضمان الامتثال لتلك المعايير، واعتماد المؤسسات الصحية و برامج الرعاية الصحية التي تلبي المعايير، وتعزيز التحسين المستمر لخدمات الرعاية الصحية اعتراف دولي لمعايير اعتماد المستشفيات .

## ٢-٢٣ المزايا التي يقدمها المجلس على نطاق محلي و إقليمي.

- وجود مجموعة من معايير المستشفيات الوطنية معتمدة عالمياً من قبل الجمعية الدولية لجودة الرعاية الصحية – ISQua (والعمل على إيجاد معايير لخدمات رعاية صحية أخرى مستقبلا).
- آلية موحدة لتقييم الجودة والسلامة في مجال المؤسسات و برامج الرعاية الصحية .
- الاستجابة السريعة من قبل هيئة مساندة لديها وجود دائم على المستوى المحلي/الإقليمي.
- توافر الخبرة الميدانية وتفهم القضايا المحلية التي تواجه الرعاية الصحية في الأردن و المنطقة.

## ٢-٢٤ ماذا ستقدم برامج اعتماد المؤسسات الصحية ؟

- تحسين الجودة في تنظيم خدمات الرعاية الصحية وإدارتها.
- تعزيز التحسين المستمر في مجال الرعاية الصحية والترويج له.
- دعم جهود تحسين مستويات التنافس للسياحة الطبية الأردنية.
- دعم جهود التحديث لخدمات الرعاية الصحية.

## ٢ – ٢٥ الخلاصة

لا يقاس النجاح بعدد المؤسسات التي نسعى جاهدين لاعتمادها؛ بل التأثير الذي يمكننا إحداثه في نطاق تحسين سلامة الرعاية الصحية المقدمة للمرضى والمجتمع ككل وجودتها، من خلال نظام الاعتماد. (مشروع الاعتمادية الأردني، مجلس اعتماد الرعاية الصحية (HCAC)

## ٢ – ٢٦ مجال تطبيق برنامج الاعتمادية الأردني

كما ذكر آنفا فإن التقدم بالطلب للمشاركة في برنامج الاعتمادية الأردني بالنسبة إلى جميع المستشفيات الأردنية هو اختياري، وأن هناك سبعة عشر مستشفى اشتركت منذ بداية تأسيس المشروع، وفي العام ٢٠٠٨ قامت الهيئة المشرفة على المشروع بزيادة أعداد المستشفيات إلى سبعة أخريات ليصبح عدد المستشفيات الكلي المنضوية تحت مظلة المشروع الوطني لاعتماد المؤسسات الصحية ٢٤ مستشفى ممثلة لكافة القطاعات الصحية في المملكة الأردنية الهاشمية.

# الفصل الثالث
# الإطار النظري للدراسة

## ٣ - ١ الدراسات السابقة

### أولا: الدراسات العربية

**١. دراسة (الأدهم ،٢٠٠٤) بعنوان**

**Assessment of perceived health care service quality at Palestine hospitals: a model for good hospital management practice.**

هدفت هذه الدراسة إلى البحث في إمكانية تطبيق منهج إدارة الجودة في نظام الرعاية الصحية في المستشفيات الفلسطينية، من خلال تعريف مستويات الخدمة المقدمة في تلك المستشفيات، والبحث عن العوامل التي قد تؤثر في مستوى الرعاية الصحية المقدمة، بالإضافة إلى التعرف على مدى تطبيق تلك المستشفيات لتعليمات أنظمة إدارة الجودة الصحية ومعاييرها.

وكان من أهم نتائج هذه الدراسة وجود ارتباط مباشر بين كافة العمليات المكونة لنظام الرعاية الصحية المقدم في المستشفى ورضا المرضى، في المقابل فإن هذا الرضا كان مرتبطاً بتوجهات و إدراكات العاملين وكذلك بالممارسات الإدارية بشكل عام، بالإضافة إلى أن تطبيق نموذج إدارة الجودة في النظم الصحية يمثل الطريق الجيد والفعال في تقديم منهج منظمي بديلاً لحل إشكالية نظم الرعاية الصحية المعقدة من خلال إعادة صياغة هذا النظام.

**٢. دراسة (البلبيسي، ٢٠٠٠) بعنوان إدارة الجودة الشاملة** : **دراسة تطبيقية على قطاع المصارف التجارية في الأردن**

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين عناصر إدارة الجودة الشاملة والأداء المؤسسي للمصارف ودرجتها ، وكذلك التعرف على مستويات تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة.

ومن بين النتائج المهمة التي أظهرتها هذه الدراسة: وجود علاقة طردية قوية بين تطبيق جميع عناصر إدارة الجودة الشاملة (مجتمعة أو منفردة) والأداء المؤسسي في المصارف التجارية في الأردن والمقاس بكل من: الربحية والإنتاجية وكفاءة التشغيل، وهذه النتائج تشير إلى وجود التزام فعلي بالجودة من قبل تلك المصارف وتطبيقها بشكل شمولي ومنظم.

**٣. دراسة (سويسي، ٢٠٠٥) بعنوان إدارة الجودة الشاملة وأثرها على مستوى الخدمة الصحية / دراسة حالة مركز طرابلس الطبي في الجماهيرية الليبية.**

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى تطبيق عناصر إدارة الجودة الشاملة وأثرها في مستوى الخدمة الصحية في مركز طرابلس الطبي، وبيان مدى تأثير عناصر الخدمة الصحية على أداء الخدمة الصحية المتمثلة في: وعي والتزام الإدارة العليا، ومشاركة العاملين، وتدريب وتأهيل العاملين، وتحفيز العاملين وتعزيز الثقافة التنظيمية للجودة، وكذلك هدفت إلى بيان مدى تأثير عناصر الجودة في مركز طرابلس الطبي على أداء الخدمة الطبية المتمثلة في التحسين المستمر، وتوفر الكفاءات الإدارية والبشرية، والأشياء الملموسة، والبنية الأساسية الحديثة واحتياجات العملاء.

و قد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج من أهمها:

- ارتفاع مستوى الوعي والالتزام لدى الإدارة العليا بتطبيق إدارة الجودة الشاملة، فقد كان هناك اقتناع من قبل الإدارة العليا بإدارة الجودة الشاملة، وقد بينت نتائج الدراسة إلى أن الإدارة تعقد وبشكل دوري اجتماعات مع العاملين، وتحرص على تحسين جوانب الخدمات بشكل مستمر، وتهتم بالتحسينات المستمرة للعمليات الإدارية، ومن ناحية أخرى فإن الإدارة لم تركز على الأداء الجماعي، ولم تسع إلى تشكيل ملفات الجودة بالشكل المطلوب،كما إن الإدارة العليا لم توفر الموارد المادية الكافية لتنظيم إدارة الجودة، ولم تقم بالدور المطلوب منها في تسهيل إجراءات تطبيق مفاهيم الجودة بنسب عالية.
- مشاركة العاملين في إعداد برامج الجودة محدودة، حيث تعتمد الإدارة على مكافأة العاملين على المشاركة المتميزة والإبداعية فقط في برامج الجودة، في حين أنها لا تعمد إلى أخذ آراء العاملين عند إجراء أي تعديل، وأوضحت الدراسة أيضا إلى أن الإدارة لم تسع إلى رفع الروح المعنوية للعاملين عن طريق تشكيل فرق عمل تساهم في إعداد البرامج واتخاذ القرارات المتعلقة بها.
- دقة المركز في تقديم خدماته ضمن مواعيد زمنية محددة، ونجاح الإدارة العليا في توفير القاعات الطبية الحديثة في المركز، وكانت النتائج سلبية فيما يتعلق بالخدمات الفندقية الحديثة المقدمة للعملاء وتوفير الأجهزة الحديثة بشكل مستمر.

وفي ضوء نتائج الدراسة خلص الباحث إلى عدد من التوصيات أهمها:

- وضع برامج تدريبية شاملة.
- العمل على توفير نظام حوافز مناسب يتماشى مع جهود الموظفين داخل مركز طرابلس الطبي.
- تشكيل فرق العمل، والعمل على ترسيخ مبادئ إدارة الجودة الشاملة من خلال استطلاع آراء المستفيدين من الخدمة داخل مركز طرابلس الطبي.

**٤. دراسة (صالح، ٢٠٠٣) بعنوان تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في قطاع الصناعة دراسة مقارنة بين الشركات الصناعية في مدينة عبدالله الثاني ابن الحسين الصناعية / الأردن**

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى تطبيق إدارة الجودة الشاملة في قطاع الصناعة في الأردن، كما هدفت إلى التعرف على الفروقات في مستوى تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة بين شركات مجتمع الدراسة لاختلاف الخصائص الآتية: حجم الشركة، عمر الشركة، القطاع الصناعي، مدى ممارسة النشاط التصديري، التوجه نحو التصدير بالنسبة إلى غير المصدرين.

وقد توصلت الدراسة إلى:

- أن الشركات الصناعية في مدينة عبدالله الثاني ابن الحسين الصناعية التي خضعت للدراسة تطبق نظام إدارة الجودة الشاملة بجميع عناصره.

- أن مستوى تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في الشركات والمؤسسات الصناعية العاملة في مدينة عبدالله الثاني بن الحسين الصناعية لا يختلف باختلاف كل من: حجم وعمر الشركة، والقطاع الصناعي، والتوجه نحو التصدير، بينما تبين وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى تطبيق نظام إدارة الجودة ومدى ممارسة الشركة للنشاط التصديري.

وقد خلصت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات منها:

- ضرورة زيادة التركيز والاهتمام من قبل الشركات الصناعية بالجانب البشري من نظام إدارة الجودة الشاملة المتعلق بالتدريب والتعليم بشكل مستمر.

- ضرورة أن تكون العملية وفق الاستراتيجيات والخطط المرسومة.

- زيادة الاهتمام بمشاركة العاملين وتنمية روح الإبداع لديهم، وتحفيزهم وتهيئة الظروف المناسبة لنجاح فرق العمل في تحقيق أهدافها.

- بدء الشركات خاصة الصغيرة والمتوسطة منها بالأنشطة السهلة ثم تنتقل إلى الأصعب فالأصعب، حيث يمكن البدء بحلقات الجودة كخطوة أولى نحو تطبيق الجودة الشاملة.

- اهتمام الشركات وبشكل خاص الصغيرة والمتوسطة بعملية التخطيط الاستراتيجي وأن تكون عملية التطبيق لنظام إدارة الجودة الشاملة جزءا من ذلك التخطيط.

**٥. دراسة (شعبان، ٢٠٠٥) بعنوان اتجاهات المديرين العامين والموظفين في المؤسسات المالية الحكومية في الأردن نحو جودة الخدمة المقدمة "دراسة مقارنة"**

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على اتجاهات المديرين والموظفين في المؤسسات المالية الحكومية نحو جودة الخدمة المقدمة، والتعرف على أثر كل من "استخدام التكنولوجيا، الكفاءة البشرية، مستوى الوعي بمفهوم الجودة، الحوافز المادية والمعنوية" في جودة الخدمة المقدمة، كما هدفت هذه الدراسة إلى معرفة أثر العوامل الديموغرافية والوظيفية على اتجاهات المديرين والموظفين نحو جودة الخدمة المقدمة في المؤسسات المالية الحكومية.

أظهرت الدراسة النتائج الآتية:

- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المتغيرات الآتية "استخدام التكنولوجيا، الكفاءة البشرية، مستوى الوعي بمفهوم الجودة، الحوافز المادية والمعنوية" وجودة الخدمة.
- عدم وجود فروق في اتجاهات المديرين والموظفين تجاه جودة الخدمة تعزى للعوامل الديمغرافية والوظيفية "الجنس، العمر، المؤهل العلمي، طبيعة العمل، المستوى الوظيفي، الخبرة العملية"

وقد خلصت الدراسة إلى التوصيات الآتية :

١. إعداد البرامج والدورات التدريبية، وعقد ورش العمل والندوات المناسبة لمختلف المستويات الإدارية حول طرق العمل الفعالة للتعامل مع الأساليب التكنولوجية الحديثة، والعمل على توفير الأساليب التكنولوجية لمختلف المؤسسات والوحدات الإدارية، وأتمتة أعمالها، وذلك لزيادة السرعة والدقة في إنجاز المهام ،مما يؤثر إيجابا في مستوى الجودة.

٢. مراعاة العنصر البشري عند الاختيار والتعيين من حيث التخصص والمؤهلات.

٣. ضرورة تبني السياسات الملائمة وإعداد البرامج اللازمة وتقديم الحوافز المناسبة وفتح باب الحوار ومشاركة العاملين.

**٦. دراسة (سلامة ،٢٠٠٥) بعنوان إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية في الأردن دراسة حالة – مستشفى الجامعة الأردنية**

تهدف هذه الرسالة إلى دراسة موضوع إدارة الجودة الشاملة بصفة عامة، ومدى تطبيق هـذا الأسلوب الإداري في مستشفى الجامعة الأردنية.

وقد أظهرت الدراسة النتائج الآتية :

١. وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين توقعات العاملين في مستشفى الجامعـة وبـين الخدمات الفعلية المقدمة في المجالات الآتية :

أ- دعم الإدارة العليا واقتناعها.

ب-تقدير الموظفين واحترامهم.

ت-تدريب الموظفين.

ث-بناء الفرق.

ج-مشاركة الموظفين.

٢. وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الخدمات المتوقعة للمستفيدين وبـين الخـدمات الفعلية المقدمة لهم والمتمثلة في الجوانب الآتية :

أ- الجوانب الملموسة

ب-الاعتمادية

ت-الاستجابة

ث-الأمان

ج-التعاطف

٣. وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إمكانية تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة فـي مستشفى الجامعة الأردنية وكل عامل من العوامل الآتية:

أ- التغير المستمر في القيادات.

ب-غموض موضوعي التدريب وتقييم الأداء الفردي.

ت-تعدد المستفيدين وتنوع مطالبهم واختلاف مستوياتهم.

ث-ضعف النظام المالي والمعلوماتي.

ج-غياب النموذج.

وعلى ضوء النتائج السابقة خلصت الدراسة إلى التوصيات الآتية :

١. تعميق الوعي بمفهوم إدارة الجودة الشاملة لدى القيادات الإدارية في مؤسسات القطاع الصحي العام في الأردن وزيادته؛ عن طريق تدريب هذه القيادات على هذا المفهوم.

٢. تبني الإدارة العليا في مستشفى الجامعة الأردنية بتطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة فيها والالتزام فيها.

٣. عمل الإدارة على إظهار اهتمام اكبر بالموظفين على اعتبار أنهم زبائن داخليين عن طريق تقدير جهودهم المتميزة والعمل على رفع مستوى أدائهم.

٤. زيادة الاهتمام بالمرضى والتعامل معهم على أساس أنهم زبائن مما يوجب الحرص على رضاهم وتحسين مستوى الخدمات المقدمة لهم.

٥. زيادة المخصصات المالية للمستشفى حتى يستطيع تجاوز مشكلة المالية والإنفاق على تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة فيه.

٦. العمل على إنشاء قسم خاص للمعلومات في المستشفى يعمل على جمع المعلومات التي تتعلق بالزبائن المتعاملين مع المستشفى ويهتم بإجراء المسوحات الميدانية للتعرف على احتياجات الزبائن، ومدى رضاهم عن الخدمات التي يقدمها المستشفى للعمل على تحسينها.

٧. **دراسة (المطاعني، ٢٠٠٥) بعنوان درجة تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة بمؤسسات التعليم العالي الخاص في سلطنة عمان من وجهة نظر الإداريين والأكاديميين فيها.**

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على درجة تطبيق أساليب إدارة الجودة الشاملة بمؤسسات التعليم العالي الخاص في سلطنة عمان من وجهة نظر الإداريين والأكاديميين فيها من خلال:

- درجة تطبيق معايير إدارة الجودة في مؤسسات التعليم العالي الخاص في سلطنة عمان كما يتصورها الأكاديميون والإداريون.
- وجود فروق فيما يتعلق بتقدير درجة تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات التعليم العالي الخاص في سلطنة عمان تعزى لمتغيرات: المؤهل، وسنوات الخبرة، ونوع الوظيفة والجنسية وتخصص الكلية.

و قد توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- درجة تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة بمؤسسات التعليم العالي الخاص في سلطنة عمان من وجهة نظر الإداريين والأكاديميين فيها كانت متحققة بدرجة عالية لجميع

مجالات الدراسة (القيادة، المعلومات والتحليل، التخطيط الاستراتيجي، الانتفاع بالموارد البشرية، تأكيد الجودة في الإنتاج والخدمات، نتائج الجودة، رضا المستهلكين).

- هناك اتفاق واضح في استجابات الأكاديميين والإداريين على كل المجالات وعلى فقرات الأداة ككل.
- هناك فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة بمؤسسات التعليم العالي الخاصة بسلطنة عمان تعزى إلى تخصص الكلية ولصالح الكليات المتخصصة مقارنة مع الكليات العامة.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة بمؤسسات التعليم العالي الخاصة بسلطنة عمان تعزى إلى متغيرات (المؤهل، سنوات الخبرة، الجنسية، طبيعة العمل).

**٨. دراسة (القضاة ،٢٠٠٦) بعنوان أثر تبني إستراتيجية الجودة الشاملة في تحسين الموقف التنافسي: دراسة ميدانية لشركات الصناعة الدوائية الأردنية / أطروحة دكتوراه**

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد أثر تبني إستراتيجية الجودة الشاملة في تحسين الموقف التنافسي لشركات الصناعة الدوائية الأردنية

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- وجود علاقة إيجابية ومباشرة بين تبني إستراتيجية الجودة الشاملة والموقف التنافسي،
- كما أظهرت النتائج أن أقوى علاقة كانت بين إستراتيجية الجودة الشاملة وقدرة النفاذ للأسواق الخارجية.
- أقوى عناصر إستراتيجية الجودة الشاملة تأثيرا في الموقف التنافسي هما متغيرا ثقافة الجودة والتحسين المستمر.
- متغير التحسين المستمر هو أقوى عناصر استراتيجيات الجودة الشاملة من حيث التأثير في كل من متغيرات الموقف التنافسي الفرعية (الحصة السوقية، والأرباح، وقدرة النفاذ للأسواق الخارجية، وقيمة السهم، وتنوع المنتجات) في حين أن متغير التركيز على الزبون هو الأقوى في التأثير على متغير الفاعلية.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في العلاقة بين إستراتيجية الجودة الشاملة والموقف التنافسي تعزى لمتغيري الخبرة بالنسبة إلى الفريق الاستراتيجي ونطاق السوق بالنسبة لإلى الشركات عينة البحث.

كما أوصت الدراسة بعدد من التوصيات أهمها:

- ضرورة التعامل مع الجودة كمسألة إستراتيجية لتحقيق الميزة التنافسية ولما لها من أهمية في بقاء المنظمات واستمرارها.
- العمل على دخول في تحالفات أو اتحادات أو عمليات اندماج بين شركات الصناعة الدوائية الأردنية لزيادة قدرتها التنافسية على المستوى الدولي.
- العمل على تعزيز ثقافة الجودة وتشجيع العاملين على المشاركة في عمليات التحسين المستمر وإتاحة فرص الإبداع والابتكار.
- اعتبار إستراتيجية الجودة الشاملة مسؤولية مشتركة لجميع العاملين في المنظمة على اختلاف مستوياتهم وأدوارهم.

**٩. دراسة (العبادي، ٢٠٠٧) بعنوان أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على رضا العملاء في المصانع الأردنية لإنتاج الأدوية.**

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المصانع الأردنية لإنتاج الأدوية، والتعرف على مدى الرضا عن الدواء الأردني من خلال تناول مدى تطبيق عناصر إدارة الجودة الشاملة الآتية: في مصانع إنتاج الأدوية الأردنية (البحث والتطوير، وكفاءة العاملين، وكلفة الجودة الشاملة، والرقابة على الجودة الشاملة، والحصول على شهادات الجودة) وأثرها في رضا الزبائن، من خلال مدى رضاهم عن فعالية الدواء، والسعر، وتعليمات الاستخدام، والتغليف، ومدى توفر الدواء.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

١. بلغ مستوى تطبيق إدارة الجودة الشاملة في شركات إنتاج الأدوية الأردنية ٨٣,٢% وهذا يبين أن الشركات الأردنية المنتجة للأدوية تقوم بالالتزام بتطبيق مفاهيم إدارة الجودة الشاملة بشكل جيد في مختلف مراحل عمليات الإنتاج للأدوية.

٢. توجد علاقة إيجابية بين العوامل التنظيمية ودرجة رضا العملاء – الأطباء والصيادلة ومستهلكي الأدوية – عن جودة الدواء الأردني وكما يأتي:

- درجة رضا المستهلكين الكلية عن جودة الدواء هي ٦٢,٧٨%.

- درجة رضا الأطباء الكلية عن جودة الدواء هي ٤٩,٢%.
- درجة رضا الصيادلة الكلية عن جودة الدواء هي ٤٨.

وقد خلصت الدراسة إلى التوصيات الآتية:

١. قيام شركات إنتاج الأدوية الأردنية بدراسة إستراتيجية الاندماج والتعاون المشترك فيما بينها لزيادة قدرتها المالية والفنية والتنافسية.

٢. إفادة شركات إنتاج الأدوية الأردنية من عقود الامتياز الموقعة مع الشركات المانحة للامتياز لزيادة مهارة منتسبيها وكفاءتهم.

٣. اعتماد شركات إنتاج الأدوية الأردنية إستراتيجية المقارنة المرجعية Benchmarking من أجل التحسين المستمر لكفاءة أدائها، ورفع مستوى جودة منتجاتها.

٤. الإفادة من الأعشاب والنباتات الطبية الطبيعية المتواجدة في الأردن لتكون رافدا لصناعة الدواء الأردني وذلك بالتعاون ما بين الشركات والجامعات والدولة الأردنية.

٥. إعادة النظر بتصميم نشرات تعليمات استخدام الدواء الأردني وصياغتها.

٦. رفع مستوى ثقة الصيادلة والأطباء بفاعلية الدواء الأردني من خلال إجراء برامج إعلامية، نشرات علمية، وحلقات نقاشية ( Seminar)، ودعوات لزيارة مواقع الإنتاج، وتوزيع عينات مجانية من الدواء الأردني على الأطباء لاختباره قبل اعتماد عملية إنتاجه بحجم كبير.

٧. إعادة النظر في السياسة السعرية للدواء الأردني بما يتناسب مع مستوى دخل الفرد الأردني، ويمكن للدولة الأردنية المساهمة في هذا المجال من خلال تخفيض نسبة الضرائب على الأدوية المنتجة والمواد الأولية المستوردة اللازمة لإنتاجها.

٨. تعديل إستراتيجية إدارة الجودة الشاملة المعتمدة لدى شركات إنتاج الأدوية الأردنية بما يتناسب مع السوق المحلي الأردني لرفع مستوى ثقة الصيادلة والأطباء بفعالية الدواء الأردني.

٩. إجراء المزيد من البحوث المستقبلية على هذا القطاع والتي تتعلق في السياسات التسويقية للدواء الأردني، وأسس المنافسة بين الدواء الأردني والأجنبي، وأثر المقارنة المرجعية في رفع مستوى كفاءة أداء شركات إنتاج الأدوية الأردنية، وأثر البحث والتطوير في رفع مستوى جودة الدواء الأردني وفعاليته.

١٠. التفكير الجدي ببناء مركز متقدم للبحث والتطوير يخص الدواء الأردني.

**١٠. دراسة (السعيدي، ٢٠٠٧) بعنوان تقييم فاعلية نظام جودة الخدمات الصحية في مستشفى الجهراء في دولة الكويت**

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم فاعلية نظام جودة الخدمات الصحية في مستشفى الجهراء بدولة الكويت وذلك من خلال الإجابة عن الأسئلة الآتية:

- هل يعد مستوى أداء نظام جودة الخدمات الصحية في مستشفى الجهراء بدولة الكويت منخفضا؟
- هل يختلف تقييم فاعلية نظام جودة الخدمات الصحية في مستشفى الجهراء تبعا لاختلاف طبيعة العمل؟
- هل يختلف تقييم فاعلية نظام جودة الخدمات الصحية في مستشفى الجهراء تبعا لاختلاف المستوى الوظيفي؟
- هل يختلف تقييم فاعلية نظام جودة الخدمات الصحية في مستشفى الجهراء تبعا لاختلاف الخبرة الوظيفية؟
- هل يختلف تقييم فاعلية نظام جودة الخدمات الصحية في مستشفى الجهراء تبعا لاختلاف المستوى التعليمي؟

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

أظهرت نتائج السؤال الأول بأن بعد الخدمات الفنية جاء بالمرتبة الأولى، في حين جاء بعد الخدمات الإدارية بالمرتبة الثالثة والأخيرة من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة، وكان مستوى استجابة أفراد العينة بالنسبة إلى المتوسط حول فاعلية نظام جودة الخدمات الصحية في مستشفى الجهراء مرتفع الفاعلية .

كما أظهرت نتائج السؤال الثاني  وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين فئات متغير طبيعة العمل ولصالح فئة المهن الطبية، وأشارت نتائج السؤال الثالث إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين فئات متغير المستوى الوظيفي ولصالح فئة وظائف أخرى، وأشارت نتائج السؤال الرابع إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين فئات متغير الخبرة الوظيفية ولصالح فئة ٦-١٠ سنوات، وأشارت نتائج السؤال الخامس إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين فئات متغير المستوى التعليمي ولصالح فئة حملة شهادة البكالوريوس.

وفي ضوء النتائج التي أسفرت عنها هذه الدراسة كانت التوصيات الآتية:

١. تعميق العلاقة بين إدارة المستشفى والمستشفيات التخصصية في الخارج من خلال الزيارات لمتبادلة

٢. إنشاء مركز متخصص بإدارة الجودة الشاملة في مستشفى الجهراء
٣. تصميم البرامج التدريبية بشكل دوري للارتقاء بمستوى أداء الخدمات الصحية في المستشفى وتنفيذ هذه البرامج.
٤. العمل على تنمية القيم والاتجاهات ذات الصلة بثقافة الجودة وترسيخها، ومنها على وجه التحديد مبدأ التعاون والعمل بروح الفريق والرغبة الصادقة في التجديد والابتكار والتحسين المستمر للجودة .

**١١. دراسة (رياحنة، ٢٠٠٣ ) بعنوان تصميم نظام لإدارة الجودة الشاملة في الشركات الأردنية للبرمجيات**

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى تطبيق مفاهيم ومبادئ إدارة الجودة الشاملة في شركات تصنيع البرمجيات الأردنية، والتعرف على وجهات نظر العملاء المستخدمين للبرمجيات المصنعة محليا في الأردن في محاولة من الباحث لاقتراح نظام خاص بهذا الأسلوب الإداري يمكن تطبيقه على الشركات من نمط عينة الدراسة.

وكانت نتائج هذه الدراسة كما يأتي:

- لا يوجد وعي كبير لدى شركات عينة الدراسة بمفاهيم إدارة الجودة الشاملة وكيفية تطبيقها، ولا تشجع شركات عينة الدراسة الموظفين على تطوير أدواتهم الخاصة بإدارة الجودة الشاملة
- عدم اهتمام شركات البرمجة الأردنية بمشاركة العاملين في اتخاذ القرارات حيث أن ٥٢,١% فقط من شركات عينة الدراسة تقوم بذلك.
- على الرغم من أهمية استخدام الأساليب الإحصائية والرسوم الهندسية في طبيعة عمل شركات البرمجة الأردنية إلا أنه تبين من خلال الدراسة أن ٣٢% من شركات عينة الدراسة تستخدم الأساليب الإحصائية في قياس أداء العمليات وجدولتها، وان ١٩,٢% فقط من العينة نفسها تستخدم الرسوم الهندسية لهذه الغاية وهي نسبة قليلة نسبيا.
- هناك معدل دوران عال وتنقل مستمر بين المديرين في الشركات الأردنية لصناعة البرمجيات، حيث أجابت ٣١,٥% فقط من الشركات الخاضعة للدراسة بعدم الموافقة على هذا البند، أي أن ٦٨,٥% من شركات عينة الدراسة أجابت بوجود معدل دوران عال وتنقل مستمر بين المديرين.
- تبين من خلال دراسة عينة المشترين للبرمجيات أن هناك قصوراً من قبل شركات البرمجة الأردنية بتسليم البرمجيات الخاصة لهم في الوقت المحدد.

وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات فيما يأتي أهمها:

- العمل على إلحاق الموظفين في الشركات الأردنية للبرمجيات بدورات تدريبية خاصة بإدارة الجودة الشاملة.
- تشجيع الشركات الأردنية لصناعة البرمجيات بحوافز نوعية عبر مؤسسة المواصفات والمقاييس بتطبيق معايير الجودة العالمية الخاصة بصناعة البرمجيات ،والاسترشاد بتجارب الشركات العالمية العاملة في المجال نفسه حول تأكيد الجودة.
- ضرورة اهتمام شركات البرمجة الأردنية بالعاملين فيها وتحيزهم للحفاظ عليهم، وأن يتم مشاركتهم في اتخذ القرارات وتحمل المسؤولية.
- تشجيع الباحثين في مجال البرمجيات وتقديم الحوافز لهم.
- إيجاد قنوات اتصال فعالة بين الشركات الأردنية لصناعة البرمجيات وعملائها.

**١٢. دراسة (طراونة، ٢٠٠٣ ) بعنوان اتجاهات العاملين في المؤسسة العامة للضمان الاجتماعي في الأردن نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة.**

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على اتجاهات العاملين في المؤسسة العامة للضمان الاجتماعي نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة فيها، والمتمثلة بمجالاتها: (الوعي بمفهوم إدارة الجودة الشاملة، اقتناع الإدارة العليا ودعمها ، التركيز على العميل، مشاركة الموظفين، بناء فرق العمل، تقدير واحترام الموظفين، تدريب وتنمية الموظفين) والوقوف على أهم المعوقات التي تحول دون تطبيقها في المؤسسة العامة للضمان الاجتماعي، كما هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى وجود فروقات ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد العينة نحو مستوى تطبيق عناصر إدارة الجودة الشاملة تعزى للعوامل الديموغرافية (الجنس، العمر، المستوى الوظيفي، المؤهل العلمي، الخبرة، والتخصص)

- أظهرت الدراسة النتائج الآتية:

- توجد اتجاهات إيجابية لدى العاملين في الضمان الاجتماعي نحو تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة وعلى كافة أبعادها المختلفة.
- لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين العوامل الديموغرافية والمتمثلة في الجنس، العمر، المستوى الوظيفي، الخبرة، التخصص، المؤهل العلمي، وبين إدارة الجودة الشاملة.

- يوجد عدد من المعوقات التي تواجه تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة العامة للضمان الاجتماعي والتي كان من أهمها: عدم وجود أخصائيين في مجال إدارة الجودة الشاملة.

وقد أوصت الدراسة بضرورة العمل على نشر ثقافة الجودة الشاملة، والتأكيد على أهميتها كمنهاج عمل دائم في المؤسسة العامة للضمان الاجتماعي، وإنشاء إدارة للتدريب تقتصر مهمتها على عقد دورات لأغراض التدريب على إدارة الجودة الشاملة، وكذلك إيفاد أعداد من العاملين في المؤسسة في دورات متخصصة يكون من برنامجها الاطلاع على واقع تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات النظيرة ونتائجها، وأيضا تذليل المعوقات التي تحول دون تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

**١٣. دراسة ( Salaheldin , S and .Mukhalalati .,B 2009 ) بعنوان**

**The Implementation of TQM in the Qatari Healthcare Sector**

تهدف هذه الدراسة إلى التحقق من تطبيق فلسفة إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي للشعوب النامية، واعتمدت دولة قطر لهذه الدراسة، حيث رُكز على أهم المبادرات لتطبيق هذه الفلسفة ومستوى فهم هذه الفلسفة ومعرفتها ، وكذلك أشهر قصص النجاح في تطبيق فلسفة إدارة الجودة الشاملة.

ما تم التوصل إليه من نتائج يشير إلى أن هناك فهماً مشتركاً بين الإداريين لأهمية دعمهم لتطبيق هذه الفلسفة، وكذلك تدريب العاملين وإشراكهم في تطبيق هذا النوع من النظم الإدارية الحديثة، هذه النتائج تتماشى مع الدراسات المبكرة، كما أن الدراسة وضحت الدور الحيوي للمزودين في دعم تحسين الجودة والتي تبين الفرق في تطبيقها بين القطاع العام والخاص.

ومن توصيات هذه الدراسة:

- للدراسات المستقبلية يمكن عمل مقارنة بين دول نامية ودول اقل من ذلك لتبيان التشابه والاختلاف بينها فيما يخص تطبيق إدارة الجودة الشاملة.
- يجب عمل حالات دراسية أكثر عمقاً للوصول إلى تفاصيل أدق فيما يخص عملية تطبيق إدارة الجودة الشاملة.
- إجراء دراسات أخرى في المستقبل لدراسة تأثير المناخ التنظيمي، والهيكل التنظيمي، ودعم الإدارة العليا، وتدريب العاملين وإشراكهم في تطبيق إدارة الجودة الشاملة.
- إجراء دراسات افتراضية لتقييم أهم قصص النجاح التي ارتكزت على فهم وجهة نظر العميل في تطبيق إدارة الجودة الشاملة.
- إجراء دراسات لتوضيح العلاقة بين المزودين والمنظمة الصحية، بحيث يمكن برهنة حيوية هذه العلاقة.

**ثانيا: الدراسات الأجنبية**

١. **دراسة ( Piligrimiene, Buciuieng** 2008 )

**بعنوان "Different perspectives on health care quality: is the consensus possible?"**

هدفت الدراسة لقياس جودة الخدمة الصحية من خلال مسح الإدراكات المختلفة لكل من المرضى والإداريين، وكذلك الكادر الفني في المؤسسات الصحية، والوصول إلى تصور متكامل عن التعريف الدقيق لجودة الخدمة المقدمة في المؤسسات الصحية، ومن خلال هذا المسح يجري تحديد بعض الأبعاد الجديدة والمهمة في قياس جودة الرعاية الصحية، والتي يجب أن تتضمن في عملية التقييم الشاملة لجودة الخدمة الصحية.

وأشارت الدراسة إلى أن التقييم الدقيق لجودة الخدمات الصحية المقدمة يمثل عنصرا مهما لنجاح أي منظمة رعاية صحية، وكذلك في فهم طبيعة أنظمة الخدمات بشكل عام، ودون قياس مصداقية أبعاد هذه الخدمات، سيكون هناك صعوبة لتأسيس وتطبيق استراتيجيات وخطط ملائمة لإدارة جودة الخدمات. فالمرضى يدركون جودة الرعاية الطبية حسب استجابة هذا النظام لحاجاتهم الخاصة، والبعض يدركون هذه الخدمة من خلال الجهود التي يبذلها الأطباء والكادر الصحي لمساعدتهم وإنقاذ حياتهم.

أما بالنسبة للمديرين وبقية الكادر الصحي فالتقييم مختلف، وله أبعاده المختلفة التي يتم من خلالها تقييم تلك الخدمة.

كما أشارت الدراسة إلى نتائج منها: أنه لا يمكن إدراك المفهوم الحقيقي لجودة الرعاية الصحية من خلال الطرق الإحصائية المنظمة فقط،، حيث إن مفهوم الجودة الصحية له الكثير من الأبعاد، وسيتم التعرف إلى هذه الأبعاد مجتمعة من خلال وضعها في إطار يوحدها من وجهة نظر جميع الأطراف المعنية بها.

وكان من نتائج هذه الدراسة أنه يجب انخراط المعنيين بجودة الخدمة الصحية في عملية تقييم جودة الخدمة الصحية، حيث إن تحليل مختلف وجهات النظر هذه تسمح بالوقوف على كل الأبعاد المهمة لقياس هذه الخدمة فأبعاد مثل: العلاقات البينية، وهي التفاعل بين مزود الرعاية ومستقبلها وما يترتب عليه من الثقة والاحترام، و الملموسية، والمكونات التقنية كالمهارة والمعرفة لدى الكادر الصحي، وسهولة الوصول إلى الخدمة، والأمان، والفاعلية والكفاءة، ومخرجات العملية، كل هذه الأبعاد تميزت من خلال تحليل الإدراكات المختلفة لجودة الرعاية الصحية، وهي التي ستساعد في التأسيس لوضع أدوات قياس ونماذج تقييم لجودة الرعاية الصحية المقدمة.

**٢. دراسة (Milosevic, Bayyigit ١٩٩٩)**

**Quality Improvement: What Is in It for the Patient?**

هدفت هذه الدراسة لاستقصاء تأثير تطبيق برامج تحسين جودة الخدمات على رضا المرضى والمراجعين، وهل العملاء من ثقافات مختلفة يعبرون بطرق مغايرة عن رضاهم، وقد قيست الخدمة من خلال أبعاد خدمة الرد على الهاتف، ووقت انتظار الخدمة، وكذلك دقة المواعيد.

فقد أكد الباحثان على أن المنظمات الصحية التي تتبنى برامج CQI and (Total Quality Management) TQM (Continuous Quality Improvement) ستحصد نتائج مميزة في أدائها من خلال التركيز على:

- العميل الداخلي والخارجي.
- التحسين المستمر للنظام الصحي وعملياته.
- استخدام طرق حل المشكلات المنظم.
- الأدوات الإحصائية للسيطرة على العمليات.
- إدماج العاملين من خلال فرق العمل والتفويض.

وكلما كان هناك زيادة في استخدام هذه البرامج بوجود إدارة جيدة لها فالزيـــادة فـــي رضـــا المرضى ستكون ملموسة.

ويعتقد الباحثان بقيمة برامج CQI and TQM إلا أنهما لا يجزمان بأن هذه الأنـــشطة هـــي صاحبة التأثير المباشر على تحسين رضا المرضى، ما لم يكـــن هنـــاك دراســـات وبـــراهين إحصائية توضح الدور الإيجابي لتطبيق مثل هذه البرامج.

ومن النتائج التي أظهرتها هذه الدراسة: أن تطبيق مبادرات تحسين جـــودة الرعايـــة بـــشكل مميز يساهم في تحسين الرعاية المقدمة على مستوى توفير المواعيد بشكل أفضل، وتحـــسين فترة انتظار المريض، وفي المقابل لم يكن هناك تحسن على مستوى خدمات الهاتف والـــردود على المتصلين، وقد عبر العملاء بطرق مختلفة حـــول توقعـــاتهم لأبعـــاد الخدمـــة عكـــست الاختلاف في ثقافاتهم.

٣. **دراسة (CHENG., et al** 2003).

**Patient satisfaction with and recommendation of a hospital: effects of interpersonal and technical aspects of hospital care**

هدفت هذه الدراسة التي أجريت في تايوان إلى دراسة تأثير العلاقات الشخصية البينيـــة بـــين المريض والكادر، و كذلك المهارات الفنية للكادر في رضا المرضـــى وتوصـــيتهم لغيـــرهم بالعودة للمستشفى نفسه.

والمسح كان على الهاتف لحوالي ٥٠٠٠ مريض من ١٢٦ مستشفى تعليمي في تايوان أكثرها حاصل على شهادة الاعتمادية العالمية، وكانت العينة من المرضـــى المخـــرجين مـــن هـــذه المستشفيات وينتمون لأربعة تشخيصات فقط ، وجميع هذه التشخيصات تحتاج لمـــدد متفاوتـــة للمكوث في المستشفى لا تقل عن ٥ أيام.

وقد قيس البعد البيني في العلاقة بين المريض والكادر من خلال أسئلة حول توجهات الطبيب، وطبيعة شرحه للمرض، والرعاية المباشرة للكادر بشكل عام.

أما محور الكفاءة الفنية للكادر والخدمة بشكل عام فقد قيست من خلال: تجهيزات المستـــشفى، والكفاءة الفنية للكادر، ونتائج العلاج والرعاية المقدمة.

ومن النتائج التي أظهرتها الدراسة أن العلاقة الشخصية بين المريض ومزود الخدمة الصحية لها التأثير الأقوى في رضا المريض من الكفاءة الفنية بنسبة ثلاث مجموعات من التشخيصات المختلفة إلى تشخيص واحد، في حين كان للكفاءة الفنيـــة التـــأثير المطلـــق وبنـــسبة أربـــع مجموعات من أربع على توصية المريض للمحيطين به لدخول المستشفى نفسه أم لا.

بمعنى أن إدارة المستشفى التي تركز على جودة العلاقة الشخصية بين الكادر والمريض ترفع منسوب الرضا لدى المرضى، بينما الإدارة التي تركز على الكفاءة الفنية من خلال تدريب وتطوير أداء أفرادها فإنها ترفع منسوب الدعاية والسمعة الطبية له من خلال المرضى أنفسهم.

وهذا يضيف مؤشرات لقياس رضا الزبائن و كذلك مؤشرات لزيادة أدوات التسويق والتوصية من المرضى عن المستشفى للمحيطين بهم.

ركيز على ما يريه الزبون حقيقة.

**٤. دراسة (Sánchez E., et al ٢٠٠٥)**

بعنوان **A descriptive study of the implementation of the EFQM excellence model and underlying tools in the Basque Health Service**

هدفت هذه الدراسة إلى وصف تطبيق البرنامج الأوروبي للتميز والمعروف بالمؤسسة الأوروبية لإدارة الجودة European Foundation for Quality Management (EFQM) وأدواته بوصفه إطاراً عاماً لإدارة الجودة في قطاع خدمات الرعاية الصحية، وقد أجريت هذه الدراسة في إسبانيا، حيث اشتملت على ٣١ مؤسسة صحية (من مستشفيات ومراكز صحية أولية وكذلك مراكز صحة نفسية ومراكز خدمات طوارئ).

وقد أظهرت هذه الدراسة النتائج الآتية:

بعد أربع جولات من التقييم تبين أن معظم المؤسسات أظهرت تحسنا في الأداء وخصوصا في العمليات (PROCESSES ) ، الرضا العام للمرضى يفوق ٨٩% في كل المرافق وفي أحسن الظروف يفوق ٩٥%، وقد تبين بأن دعم الحكومة والمبادرات التي قامت بها من تدريب للأفراد وتطويرهم وتحفيزهم كان لها الأثر المهم والفعال في فعالية تطبيق أدوات النموذج الأوروبي للتميز، والذي تأكد من خلال النتائج العالية التي أظهرها تقييم الأداء.

**٥. دراسة (FRANÇOIS P., et al 2003 ) بعنوان**

**Evaluating implementation of** quality management **systems in a teaching hospital's clinical departments**

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم إستراتيجية التحسين المستمر للجودة اعتمادا على نموذج إدارة الجودة اللامركزية في الأقسام الفنية في المستشفى، حيث طبقت هذه الدراسة في فرنسا بمستشفى تعليمي يتسع إلى ٢٠٠٠ سرير ويعمل فيه ٨٠٠٠ موظف.

تم تقييم تطبيق نموذج إدارة الجودة على ٦ أقسام متطوعة في المستشفى حيث أظهرت الدراسة النتائج الآتية:

إن التغيير التنظيمي المتحصل من تطبيق منهجية التحسين المستمر للجودة في مؤسسات كالمستشفيات يحتاج إلى تغييرات مسبقة على ثقافة المختصين بالرعاية الصحية وسلوكهم ، وعليه تقترح هذه الدراسة على أن تطبيق إدارة الجودة كمنهج استراتيجي لأي مؤسسة صحية يحتاج إلى تحفيز الأفراد للعمل بشكل جماعي، ومن خلال أكثر من نظام ودائرة مع بعضها البعض (multidisciplinary work groups).

٦. **دراسة** ( Karasa¸ A, et al ٢٠٠٧)

بعنوان An Evaluation of the Opinions of Hospital Employees Regarding the Contribution of Internal Marketing to the Application of Total Quality Management in Turkey

طبق هذا البحث في المستشفيات التدريبية في أنقرة، عاصمة تركيا، وذلك لتقييم حجم مساهمة التسويق الداخلي للمنظمة على نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة، ومثال ذلك مشاركة العاملين في هذا التطبيق والاتصال البيني بينهم، وقد أشارت النتائج المهمة في هذا البحث أن التغيير الثقافي المهم في تطبيق هذه الفلسفة لم يتم الإعداد الجيد له، حيث أن هناك خللاً في نظام الاتصال الداخلي في المنظمة بين العاملين، المشاركة الحقيقية والفعالة للعاملين لم تدرس ولم تطبق بعناية، حيث كان هناك خلل واضح بهذا النظام، ولم يكن هناك علاقات عامة وتسويق داخلي جيد لموضوع تطبيق إدارة الجودة الشاملة، وكانت من التوصيات الإدارية المحددة المزيد من مشاركة العاملين ودعمهم لتطبيق فلسفة إدارة الجودة الشاملة، وتحسين نظم الاتصال البيني داخل المنظمة، وتطبيق أدوات ونظريات تسويق حديثة وفعالة داخل المنظمة.

٧. **دراسة (Paul Kunst1and Jos Lemmink ٢٠٠٠)**

بعنوان Quality management and business performance in hospitals: A search for success parameters

يعتمد هذا البحث على نتائج دراسة أوروبية هدفت إلى تعريف وتوضيح المؤشرات المميزة للأداء النوعي والعلاقات البينية الممكنة لها، وقد طبقت هذه الدراسة سنة ١٩٩٥ على ثلاث قطاعات مختلفة وهي المستشفيات والنقل البري وقطاع البنوك، في ثلاث بلدان أوروبية وهي إسبانيا وبريطانيا وهولندا،

ولكن سيتم التركيز في هذا البحث على قطاع المستشفيات فقط ، حيث تم التأكيد على أن يتم البحث عن معايير مطبقة (غير تلك الموجودة في النموذج الأوروبي لضبط الجودة European Quality Assurance (EQA) ) يمكن أن يستفاد منها لتعريف التطور في أداء المستشفيات. وقد أظهر البحث أن هناك متغيرات توضيحية مختلفة ترتبط لدعم تطبيق إدارة الجودة الشاملة والأداء الأعمالي.

ومن نتائج الدراسة أن التطبيق العام للنموذج الأوروبي لضبط الجودة (EQA) بوصفه أداة للتقييم يحتاج لإعادة المناقشة وخصوصا في القطاع الصحي.

والنتيجة الأخرى أن هناك رابطاً إيجابياً بين التطور في تطبيق إدارة الجودة الشاملة وإدراكات نوعية الخدمة عند المستفيدين، بحيث تحسن هذه الإدارة هذه الإدراكات.

بشكل عام فإن التطور في تطبيق إدارة الجودة الشاملة يؤدي إلى تحسن في الأداء الأعمالي للمستشفيات، ورفع مستوى إدراك إيجابيات الخدمة عند المستفيدين.

**٨. دراسة (Thomas.,M and Ziaul. H ٢٠٠٢)**

بعنوان A hospital case study supporting workforce culture re-engineering

هدفت الدراسة لطرح حالة دراسية لإعادة هندسة العمليات لثقافة القوى العاملة وتحولاتها من أجل النجاح في تطبيق إدارة الجودة الشاملة والتحسين المستمر للجودة، وطبق نموذج تشاركي تكاملي من عدة دوائر وهيئات منها رعاية المريض، وهندسة العمليات، وثقافة المنظمة، لإنجاح هذه الحالة.

ومن نتائج تطبيق هذا النموذج قدرة الإدارة على التعاطي والانسجام الفعال مع أدوات وعوامل التغيير، سواء كانت داخلية من المنظمة أو مستشارين من خارجها، حيث يمكن هذا النموذج من امتلاك الذهنية الفكرية وفهم ثقافة القوى العاملة، من خلال تداخل وتكامل أكثر من نظام وهيئة، وليس من خلفية منفردة في التفكير والتحليل.

**٩. دراسة (Ching.,H and Fenghueih.,H ٢٠٠٢)**

بعنوان TQM adoption by hospitals in Taiwan

هدفت هذه الدراسة إلى جمع المعلومات من ٧٦ مستشفى في تايوان، وذلك من خلال فحص النماذج المتعددة لتطبيق مواضيع إدارة الجودة الشاملة بوصفه نوعاً من أنواع التكيف التنظيمي.

تم التأكيد على مدى تبني منهج إدارة الجودة الشاملة لكل مستشفى كمتغير تابع، وبالنسبة إلى المتغير المستقل فقد تم التركيز على أكثر من مستوى لبنائه مثل: مجال التعاون الشبكي، طبيعة العلاقات الشبكية، الهوية المنظمية، سلوك المواطنة المنظمية واستراتيجية التكيف.
أظهرت النتائج من التحليل بأن كلا من طبيعة العلاقات الشبكية والفرص الاستراتيجية المتوقعة ترتبطان بعلاقة إيجابية بمدى تبني المؤسسة لإدارة الجودة الشاملة.
حيث أكدت التحليلات للعينات الدقيقة بأن استراتيجية الفرص المتوقعة ترتبط بتبني إدارة الجودة الشاملة، وقد بينت النتائج كذلك بأن المستشفيات ذات الربحية تتأثر طبيعة العلاقات الشبكية بتبني إدارة الجودة الشاملة، كذلك أظهرت النتائج مؤشرات أولية بأن الهوية المنظمية والممارسات السلوكية تدعم إلى حد ما تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

**١٠. دراسة ( EL-JARDAL., F ٢٠٠٨)**

بعنوان: The impact of hospital accreditation 0n quality of care: perception of Lebanese nurses

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم إدراكات الكادر الصحي لتأثير الاعتمادية على جودة الرعاية الصحية ، وخصوصا كادر التمريض، كذلك هدفت إلى التحقق من العوامل التي تساهم في تفسير التغير في جودة الرعاية.
وقد طبقت الدراسة على مستشفيات حاصلة على الاعتمادية الوطنية ، وعدد العينة كانت ١٠٤٨ ممرضة من ٥٩ مستشفى. وقد توصلت الدراسة إلى نتيجة تؤكد على أن الممرضين اللبنانيين ينظرون إلى أن الاعتمادية وتطبيق نظم الجودة الصحية هو خير أداة لتحسين جودة الرعاية الصحية، حيث قدمت الاعتمادية أدوات فعالة لتحسين الممارسة بشكل عام، وقد أوصت الدراسة إلى الحاجة إلى تقييم الجودة من خلال مؤشرات من المرضى أنفسهم.

**١١. دراسة (LIN., C and CHANG., S ٢٠٠٦)**

بعنوان Exploring TQM's Impact on the Causal Linkage between Manufacturing Objective and Organizational Performance

تهدف هذه الدراسة لكشف أنماط ممارسة إدارة الجودة الشاملة والأهداف الإنتاجية وعلاقتهما بالأداء المنظمي باستخدام التحليل الإحصائي المناسب، وقد دعمت النتائج العلاقة القوية بين إدارة الجودة الشاملة والأهداف الإنتاجية بالأداء المنظمي، وبالتحديد عند تطبيق إدارة الجودة الشاملة من خلال فرق متخصصة فإن الأهداف الإنتاجية وتحقيقها تختلف عندما ترتبط بالأداء المنظمي.

حيث قسم الباحث الشركات إلى شركات تمارس إدارة الجودة الشاملة بمستوى عال وأخرى بمستوى منخفض.

وأثبتت هذه الدراسة العلاقة الايجابية بين تطبيق إدارة الجودة الشاملة والقياسات المختلفة لتطبيق الأهداف الإنتاجية بتحسين الأداء المنظمي، وأظهرت النتائج كذلك بأن تحقيق الأهداف الإنتاجية تختلف عندما يكون الأداء المنظمي بفرق عمل محددة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة.

اكدت الدراسة كذلك على ان تحقيق الأهداف الإنتاجية يساهم بتحسين الأداء في الشركات التي تطبق إدارة الجودة الشاملة بمستوى عال أكثر منها في الشركات التي تمارس إدارة الجودة الشاملة بمستوى منخفض.

وبالمقارنة بين القياسات المختلفة للأهداف الإنتاجية داخل كل مجموعة من عينة الدراسة فإن الشركات التي تطبق إدارة الجودة الشاملة بمستوى عال يكون أداؤها مميزاً في تحقيق المرونة ووقت التوصيل، في المقابل فإن الشركات التي تطبق إدارة الجودة الشاملة بمستوى منخفض يكون أداؤها أفضل في الأهداف الخدماتية.

**١٢. دراسة (Moumtzoglou., A ٢٠٠٣)**

بعنوان Learning Hospitals' and Quality

الهدف من هذه الدراسة طرح إطار نظري لبناء المستشفى المتعلم الذي يحاكي فلسفة المنظمة المتعلمة والتي تظهر الرابط غير المرئي بين المعرفة والجودة.

حيث يطرح أن المستشفى المتعلم يتضمن عمليات إدامة ذاتية كالتحسين المستمر لخدمات الرعاية المقدمة للمرضى بكلف معقولة ومقبولة مجتمعيا، ومن المتطلبات الأساسية لإيجاد المستشفى المتعلم نظام إدارة المخاطر لتعدد واختلاف الخدمات، وكذلك تعقيد النظام الصحي بشكل عام، وإشراك العاملين في صنع القرار ووضع الاستراتيجيات، وذلك للمساعدة على التقييم المستمر والتدريب على التغذية الراجعة.

ويتطلب كذلك تطوير النظام والعمليات للمساهمة في تحسين بيئة العمل ومناخه، الإجراءات الممارسة بطريقة تسهل متابعة ثابتة للروح المعنوية على كافة مستويات المنظمة، كل هذه التغييرات تتماشى مع فلسفة التحسين المستمر (إحدى أدوات فلسفة إدارة الجودة الشاملة) وبالتالي تعتبر من سبل الحصول على المعرفة وتحسين الأداء.

**١٣. دراسة (Adinolfi., P ٢٠٠٣)**

بعنوان Total quality management in public health care: a study of Italian and Irish hospitals

هدفت هذه الدراسة الوصفية لمعرفة مدى تبني المؤسسات الصحية في كل من إيطاليا وإيرلندا لإدارة الجودة الشاملة، حيث تم تطبيق هذه الدراسة على ١٤ مستشفى في كل من البلدين. وتم تأكيد نتائج هذا البحث من خلال المقارنة بين البلدين اللذين تأثرا بفكر الجودة الشاملة خلال التسعينات، حيث تم اختيار المستشفيات كوحدات للدراسة ،وذلك لمقاربة السمات التنظيمية والاجتماعية بين المكانين إيطاليا وإيرلندا.

ومن النتائج الرئيسة لهذه الدراسة أن التعمق في فهم وتطبيق إدارة الجودة الشاملة مطلوب على مستوى المنظمة، وعليه فإن الباعث والمحرك لتطبيق هذا النظام يأتي من المعنيين بالمنظمة القادرين على دعمها بالموارد الضرورية والمؤثرين فيها. وأكدت كذلك على أن الدعم المالي والإشراف المباشر من قبل أصحاب القرار الصحي الحكومي على دعم تطبيق هذه النظم الحديثة في الإدارة له الأثر المباشر على حسن تطبيقها.

١٤. دراسة (Sutherasan S,and Aungsuroch Y, ٢٠٠٨) بعنوان **Total quality management activities after hospital accreditation from the opinion of hospital accreditation coordinators in Thailand**

هدفت هذه الدراسة لمعرفة العلاقة بين أنشطة إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الحاصلة على الاعتمادية والمدة التي مضت للحصول على هذه الشهادة والمعيقات التي ظهرت خلال تلك المدة، حيث تم تقييم ٨٠ بند من ميزان تقييم إدارة الجودة الشاملة، أعتمدت هذه البنود من نموذج مالكوم بريدج.

وتوصلت الدراسة الى نتائج الآتية: لا يوجد أي فروق إحصائية بين تطبيق نشاطات إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات التي تمت دراستها، هناك علاقة بين تطبيق أنشطة إدارة الجودة الشاملة وطول المدة في المستشفيات المعتمدة.

كانت المساهمة الواضحة من تطبيق أنشطة إدارة الجودة الشاملة للمستشفيات الحاصلة على الاعتماد في الاستمرارية في المسح العام (الداخلي والخارجي)، تمكين العاملين ومشاركتهم في صنع القرار ،إلتزام الادارة العليا.

من المعيقات التي ظهرت التعب العام للعاملين من لاستمرار الانشطة المتعلقة بالجودة والاعتمادية طوال العام، وكذلك الدوران الوظيفي المرتفع.

١٥ . دراسة (Tehewy . et.al، ٢٠٠٩ )

بعنوان **Evaluation of accreditation program in non-governmental organizations' health units in Egypt: short-term outcomes**

هدفت هذه الدراسة لمعرفة تأثير تطبيق الاعتمادية على المؤسسات الصحية غير الحكومية في مصر على رضا المرضى والعاملين، والتعرف على نتائج مطابقة الاعتمادية مع المعايير العالمية المطلوبة.

وخلصت الدراسة الى النتائج الآتية: كان معدل رضا المرضى ذا مستوى عالٍ فيما يتعلق بالنظافة، مناطق الانتظار، مدة الانتظار، الرضا عن العاملين، والرضا بشكل عام.

وكانت التوصية بضرورة عمل دراسات مستقبلية لتاكيد التاثير الايجابي على المدى البعيد لتطبيق الاعتمادية في المؤسسات غير الحكومية.

**ما يميز هذه الدراسة عن الدراسات السابقة:**

١. درست مجالات تطبيق نظام الجودة الصحية (معايير الاعتمادية) وانعكاس هذا التطبيق على متلقي الرعاية الصحية، حيث تم بحث إدراك طرفي المعادلة في تطبيق هكذا نظم.

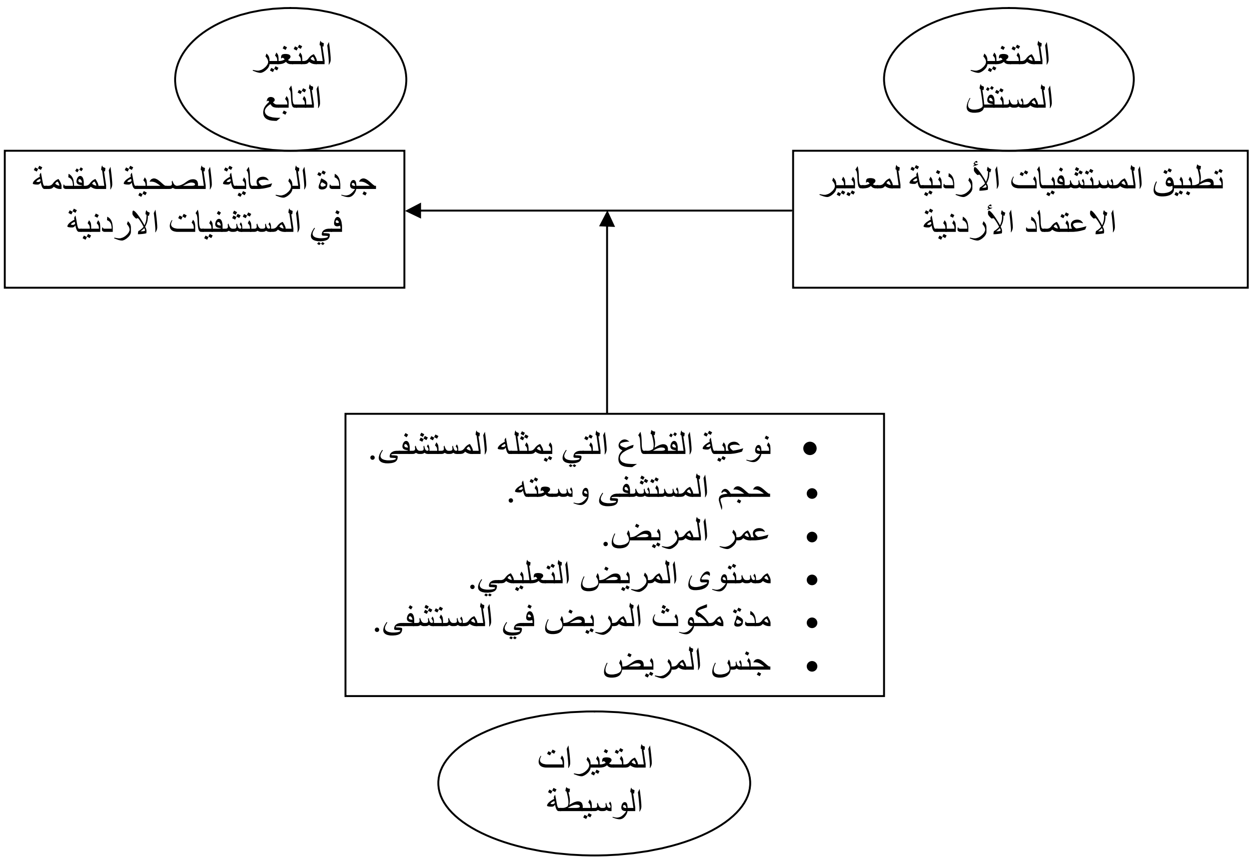
٢. تعتبر هذه الدراسة (حسب علم الباحث) الأولى في مجال معايير الاعتماد الاردنية.

٣. لم تقتصر هذه الدراسة على مستشفى واحد أو قطاع صحي معين، بل اشتملت على كافة القطاعات المكونة للقطاع الصحي الاردني.

٤. بحثت هذه الدراسة تأثير بعض المتغيرات الوسيطة على كل من تطبيق معايير الاعتماد، وكذلك جودة الرعاية الصحية المقدمة في المستشفيات الاردنية.

## ٣ – ٢ نموذج الدراسة

يشير النموذج المدرج أدناه إلى طبيعة العلاقة بين المتغيرات المختلفة في هذه الدراسة، حيث تم بناءه اعتمادا على الدراسات السابقة ، وبعد الاطلاع على توصيات ونتائج سابقة.




(شكل ٩) نموذج الدراسة

## ٣ – ٣ التعريفات الإجرائية لمتغيرات الدراسة وكيفية قياسها:

**المجموعة الأولى: المتغيرات المستقلة.**

١. تطبيق المعايير الأردنية لاعتماد المستشفيات:

تم إعتماد كتيب المعايير الاردنية لاعتماد المستشفيات النسخة الاخيرة (أيلول / ٢٠٠٦) لقياس عملية تطبيق المستشفى للمعايير الأردنية، والخطوات كالتالي:

١. وجود إسم المستشفى في كشوفات الهيئة الاردنية لاعتماد المستشفيات، ويقاس هذا البعد بالاطلاع على سجلات الهيئة الاردنية لاعتماد المستشفيات.
٢. قيام إدارة المستشفى بتشكيل لجنة تحسين الجودة على مستوى المستشفى، وتقاس هذه الخطوة من خلال الفقرات ١/١ إلى ٨/١ في استبيان الاداريين.
٣. قيام المستشفى بالتقييم الذاتي لواقعها الحالي، مدعما بالادلة توثق ما يتطابق وما لا يتطابق مع المعايير، وتقاس من خلال الفقرات ٩/١إلى ١١/١.
٤. وضع الادارة لخطة فعلية لكافة المعايير التي لم يتم تحقيقها بشكل فاعل، وإشراك الجميع في أنشطة الاعتمادية، وتقاس من خلال الفقرات ١٢/١ إلى ١٧/١.
٥. تم ربط جميع إجراءات الحصول على الاعتمادية بمؤشرات توضح مستوى إنجاز المستشفى، وطرحت من خلال الفقرات ١٨/١ إلى ٤٥/٢.

**المجموعة الثانية: المتغيرات التابعة.**

١. جودة الرعاية الصحية المقدمة في المستشفيات:

جودة الرعاية الصحية هي الدرجة التي يستطيع من خلالها نظام الرعاية الصحية للأفراد أو الجماعات زيادة النتائج المرغوب بها والتي تنسجم مع المعرفة المهنية الحالية. المعهد الطبي الأمريكي ١٩٩٠ (IOM).

وتقاس جودة الرعاية الصحية من خلال الأبعاد الآتية:

أبعاد الجودة الصحية (BLAZEVSKA., A. et al 2004).

١. الكفاءة الفنية .Technical Competence

تعني المهارات والقدرات الفنية والأداء الفعلي الصحيح والثابت لمقدمي الخدمات الصحية و الإداريين والكوادر المساعدة، والكفاءة بالنسبة إلى الكوادر الصحية تعني القدرة على أداء الخدمات الوقائية والعلاجية والاستشارية، وللإداريين الكفاءة في الإشراف والتدريب وحل

المشاكل، أما بالنسبة إلى الكوادر المساعدة فهي تعتمد على الوصف الوظيفي وتقاس الكفاءة الفنية بمدى مطابقة الأداء الفني للمعايير والمواصفات الفنية المطلوبة، وستقاس من خلال الفقرات ١/١ إلى ٦/١ من استبانة المرضى.

٢. سهولة الوصول للخدمات .Access to Service

يعد هذا من أهم الأبعاد لأن صعوبة الوصول تؤدي لزيادة الأمراض والوفيات التي يمكن تلافيها، وسهولة الوصول للخدمات تعني عدم وجود عوائق (جغرافية، مادية، اجتماعية (عادات وتقاليد)، مؤسسية، أو لغوية) تحول دون الوصول للخدمة.

- الوصول الجغرافي يقاس بتوفر المواصلات والمسافة والوقت اللازم للوصول إلى الخدمة الصحية، أو أي عوائق طبيعية تمنع المريض من الوصول إلى الخدمة الصحية.
- الوصول المادي يقاس بالقدرة على شراء الخدمات الصحية.
- الوصول الاجتماعي يعني قبول المراجعين للخدمة الصحية المقدمة التي لا تتعارض مع القيم والمعتقدات والتقاليد.
- الوصول المؤسسي يعني نظام المؤسسة الصحية لاستقبال المراجعين بالنسبة إلى عدد ساعات العيادة، ونظام المواعيد، ووقت الانتظار، وطريقة تقديم الخدمة.
- الوصول اللغوي يعني أن الخدمات متوفرة بلغة المواطن وبطريقة لطيفة وواضحة يستطيع فهمها.

وستقاس من خلال الفقرات ٧/٢ إلى ١١/٢ من استبانة المرضى.

٣. الفعالية .Effectiveness

لتقييم الفعالية نجيب عن السؤال الآتي : هل هذا الإجراء أو العلاج المطبق بطريقة صحيحة أعطى النتائج المرجوة؟ ويقاس بقسمة النتائج / المدخلات، وستقاس من خلال الفقرات ١٢/٣ إلى ١٥/٣ من استبانة المرضى.

٤. العلاقة بين الأفراد .Interpersonal Relations

يعبر هذا البعد عن التفاعل بين المراجعين والفريق الصحي، وكذلك بين الإداريين والفريق الصحي، وبين الفريق الصحي والمجتمع، حيث إن العلاقة الجيدة تبعث على الثقة والمصداقية، من خلال إظهار الاحترام والمحافظة على السرية والمجاملة والاستجابة والعطف، وكذلك الإصغاء، فالعلاقة الجيدة الثابتة تساهم في انجاز المشورة الصحية، واستجابة المرضى للتعليمات الطبية، والعلاقات الرديئة تضعف فعالية الخدمة الصحية الجيدة

وقد تؤدي إلى امتناع المريض عن طلب الخدمة وستقاس من خلال الفقرات ١٦/٤ إلى ٢١/٤ من استبانة المرضى.

٥. الكفاءة باستخدام الموارد .Efficiency

تعني تقديم أفضل رعاية صحية للمريض وللمجتمع وليس أقصى رعاية وذلك بتحقيق أكبر منفعة ضمن الموارد المتاحة وستقاس من خلال الفقرات ٢٢/٥ إلى ٢٦/٥من استبانة المرضى.

٦. الاستمرارية .Continuity

تعني تقديم مختلف الخدمات الضرورية دون تقطع أو إيقاف أو إعادة غير ضرورية لتشخيص أو علاج، حيث أن الاستمرارية ضرورية وانقطاعها يعرض الرعاية الصحية للخطر وتدني مستوى الجودة، مما يؤدي إلى تفاقم العلاقة بين المريض والفريق الصحي، وستقاس من خلال الفقرات ٢٧/٦ إلى ٢٩/٦من استبانة المرضى.

٧. السلامة الصحية .Safety

تعني تقليل خطر التعرض للإصابات والالتهابات، وكذلك الأعراض الجانبية أو أي أخطار متعلقة بالخدمات الصحية، وتشمل هذه الإجراءات المريض وكذلك الفريق الصحي، وستقاس من خلال الفقرات ٣٠/٧ إلى ٣٣/٧ من استبانة المرضى.

٨. الكماليات .Amenities

تعني مقومات الخدمات التي ليس لها علاقة بالإجراءات الطبية، ولكنها تزيد من إقبال المرضى ورضاهم وعودتهم للخدمة الصحية واستعدادهم لدفع ثمن هذه الخدمة، وتشمل الكماليات، شكل البناء الخارجي، ووسائل الراحة، والخصوصية، وتوفر بعض الأجهزة التي تسلي المراجعين مثل التلفاز والوسائل التعليمية، وستقاس من خلال الفقرات ٣٤/٨ إلى ٣٧/٨ من استبانة المرضى.

**المجموعة الثالثة: المتغيرات الوسيطة.**

١. حجم المستشفى و سعته : سيتم اعتماد التصنيف المتبع في وزارة الصحة الأردنية لتصنيف المستشفيات من حيث السعة وعدد الأسرة

وهي حسب الجدول كما يأتي:

| رقم التسلسل | نوع القطاع | اسم المستشفى | عدد الأسرة |
|---|---|---|---|
| ١ | حكومي | م. البشير | ٩٢٨ |
| ٢ | | م. د جميل التوتنجي | ١٢٩ |
| ٣ | | م. الكرك | ١٢٥ |
| ٤ | | م. الأمير فيصل | ١٧١ |
| ٥ | | م. الأميرة راية | ٦٠ |
| ٦ | | م. الأميرة بسمة | ٢٠٢ |
| ٧ | | م. الملكة رانيا العبدالله | ٧٢ |
| ٨ | | م. الحسين / السلط | ١٥٢ |
| ٩ | خاص | مستشفى لوزميلا | ٥٨ |
| ١٠ | | مستشفى فلسطين | ٤٣ |
| ١١ | | مستشفى الأردن | ٢٥٢ |
| ١٢ | | مستشفى الاستقلال | ١١٤ |
| ١٣ | | مستشفى التخصصي | ١٤٠ |
| ١٤ | التعليمي | مستشفى الجامعة الأردنية | ٥٣١ |
| ١٥ | | مستشفى الملك عبد الله الثاني | ٥٨٩ |
| ١٦ | العسكري | مستشفى الملكة عليا | ١٧٦ |
| ١٧ | | مستشفى الأمير زيد | ١٢٠ |

٢. نوع القطاع الصحي: سيتم اعتماد السجلات الرسمية لوزارة الصحة الأردنية لتحديد القطاع الذي يمثله كل مستشفى في مجتمع الدراسة.

**٣ – ٤ فرضيات الدراسة:**

**<u>الفرضية الرئيسية الأولى</u>:** H.O لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين تطبيق معايير الاعتماد الأردنية وجودة الرعاية الصحية المقدمة في المستشفيات الأردنية.

**<u>الفرضية الرئيسية الثانية:</u>** H.O لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تطبيق معايير الاعتماد الاردنية تعزى إلى إختلاف المتغيرات (قطاع العمل، حجم المستشفى).

- الفرضية الفرعية الأولى: H.O لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تطبيق معايير الاعتماد الاردنية تعزى إلى إختلاف قطاع العمل.
- الفرضية الفرعية الثانية: H.O لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تطبيق معايير الاعتماد الاردنية تعزى إلى إختلاف حجم المستشفى.

**<u>الفرضية الرئيسية الثالثة</u>:** H.O لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الرعاية الصحية في المستشفيات الاردنية تعزى إلى إختلاف المتغيرات بالنسبة للمرضى (العمر، المستوى التعليمي، مدة المكوث في المستشفى، الجنس).

- الفرضية الفرعية الأولى: H.O لا توجد فوق ذات دلالة إحصائية في جودة الرعاية الصحية في المستشفيات الاردنية تعزى إلى إختلاف عمر المريض.
- الفرضية الفرعية الثانية: H.O لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الرعاية الصحية في المستشفيات الاردنيةتعزى إلى إختلاف المستوى التعليمي للمرضى.
- الفرضية الفرعية الثالثة: H.O لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الرعاية الصحية في المستشفيات الاردنية تعزى إلى إختلاف مكوث المريض في المستشفى.
- الفرضية الرابعة: H.O لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الرعاية الصحية في المستشفيات الاردنية تعزى إلى جنس المريض.

# الفصل الرابع

## منهجية الدراسة

٤ – ١ مجتمع الدراسة.

٤ – ٢ عينة الدراسة.

٤ – ٣ اساليب جمع البيانات.

٤ – ٤ الاساليب الاحصائية المستخدمة.

٤ – ٥ أداة الدراسة

٤ – ٦ صدق وثبات أداة الدراسة .

٤ –٧ الاتساق الداخلي بين فقرات المقياس

## ٤ – ١ مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من كافة المستشفيات المشاركة في برنامج الاعتمادية الأردني وعددها سبعة عشر مستشفى، حيث تمثل هذه المستشفيات القطاع الصحي الأردني بكافة مكوناته الحكومية والخاصة والقطاع العسكري والتعليمي.

وهذه المستشفيات باشرت بالمشاركة في برنامج الاعتمادية منذ البدء في الإعداد له نهاية عام ٢٠٠٣م، وبدأت فعلياً بتطبيق المعايير لغايات الحصول على شهادة الاعتمادية منذ العام ٢٠٠٥م، وقد تمكنت كل من المستشفيات الآتية من الحصول على شهادة الاعتمادية الوطنية حتى منتصف نيسان ٢٠١٠م وهي:

١. المستشفى التخصصي / قطاع خاص.
٢. مستشفى الأردن / قطاع خاص.
٣. مستشفى الاستقلال / قطاع خاص.
٤. مستشفى الملكة علياء لجراحة القلب / قطاع عسكري.
٥. مستشفى الجامعة الأردنية / مستشفى جامعي.

لقد تم تحديد مجتمع الدراسة بشكل دقيق من المستشفيات الموجودة في عمان، وذلك كون المستشفيات الموجودة في عمان الأكبر حجماً والأقدم تأسيساً، وكذلك فهي تمثل جميع القطاعات التي تنتمي إليها تمثيلاً حقيقياً مما يساهم في تعميم نتائج هذه الدراسة على جميع مستشفيات مجتمع الدراسة (وعددها سبعة عشر كما ذكرنا). و عليه فسيكون عدد المستشفيات (مجتمع الدراسة) ثمانية مستشفيات من سبعة عشر مستشفى موزعة على النحو الآتي:

- مستشفى واحد جامعي: مستشفى الجامعة الأردنية.
- مستشفيان حكوميان: البشير ومستشفى د. جميل التوتنجي.
- خمسة مستشفيات خاصة: مستشفى لوزميلا و فلسطين، و مستشفى الأردن و الاستقلال والمستشفى التخصصي.

أما القطاع العسكري فسيتم استثناؤه لصعوبة الحصول على موافقة لجمع المعلومات منه.

تعتمد هذه الدراسة على فئتين:

- جميع الإداريين ضمن برنامج تطبيق معايير الاعتمادية في المستشفيات الحكومية والخاصة والتعليمية (الجامعية) الأردنية، والمقدر عددهم بحوالي (٥٥٠) موظفاً

وموظفة والهدف من اختيار الموظفين الإداريين ضمن برنامج الاعتمادية قياس مدى تطبيق معايير الاعتمادية في المستشفيات الأردنية.

- جميع المرضى المقيمين في المستشفيات والأقسام التي طبقت عليها الدراسة وخلال فترة تطبيق الاستبيان (من شهر ٢٠٠٩/١٠ ولغاية ٢٠١٠/٢ للمستشفيات الثمانية) وذلك بهدف قياس جودة الرعاية الصحية.
- استغرقت عملية جمع البيانات مدة ٤ شهور وذلك لضرورة الحصول على الموافقات المبدئية، ولحاجة الباحث لزيارة المستشفى أكثر من مرة للوصول إلى المرضى والاداريين المعنيين.

## ٤ – ٢ عينة الدراسة:

تم اختيار ثماني مستشفيات كعينة لتطبيق الدراسة عليها وهي مستشفى البشير ومستشفى التخصصي ومستشفى فلسطين ومستشفى الاستقلال ومستشفى الأردن ومستشفى لوزميلا ومستشفى الدكتور جميل التوتنجي (سحاب) ومستشفى الجامعة الأردنية، وتم الحصول على موافقة (٢٤٩) موظفاً إداريا لتعبئة الاستبانات، وهو عدد ممثل لمجتمع الاداريين ال٥٥٠ العاملين في اللجان الفنية لتطبيق المعايير في الثمان مستشفيات، وفي المقابل تم الوصول إلى (٢٤٩) مريضا من هذه المستشفيات، بحيث تم الطلب من كل مريض منهم بتعبئة الاستبيان الخاص بالمرضى وتثبيت هذا الاستبيان مع الاستبيان المقابل من الاداريين في نفس القسم، مثال ذلك: كل استبيان من الاداريين مثبت مع استبيان من المرضى من قسم الجراحة أو الباطني ... الخ، ولهذا اقتصر العدد على ٢٤٩ مريض.

والجدول رقم (٤) يوضح توزيع عينة الدراسة حسب المستشفيات.

جدول رقم (٤) التوزيع النسبي لعينة الدراسة حسب المستشفى

| المستشفى | (العدد) موظف إداري / مريض | النسبة المئوية |
|---|---|---|
| مستشفى البشير | ٣٢ | ١٢,٩ |
| م. التخصصي | ٢٧ | ١٠,٨ |
| م. فلسطين | ١٩ | ٧,٦ |
| م. الاستقلال | ٢٦ | ١٠,٤ |
| م. الأردن | ٢٨ | ١١,٢ |
| م. لوزميلا | ٢٠ | ٨,٠ |
| م. جميل التوتنجي | ٢٦ | ١٠,٤ |
| م. الجامعة الأردنية | ٧١ | ٢٨,٥ |
| المجموع | ٢٤٩ | ١٠٠ |

### ٤ –٣ أساليب جمع البيانات:

- الأسلوب الوصفي: مثل الاستعانة بالكتب و المقالات، والدراسات والأدبيـات المنـشورة والمقابلات الشخصية، والمواقع الإلكترونية المتعلقة بموضوع الدراسة.
- الأسلوب التحليلي: يتمثل بإعداد استبانه تغطي المتغيرات الأساسية للدراسـة، ليـتم مـن خلالها جمع المعلومات، ومن ثم اختبار الفرضيات من خلال الأدوات الإحصائية المناسـبة للوصول إلى الاستنتاجات والتوصيات التي ترتبط بموضوع الدراسة.

### ٤ –٤ الأساليب الإحصائية المستخدمة :

بغرض الإجابة عن أسئلة الدراسة، واختبار صحة فرضياتها، تم استخدام الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية Statistical Package For Social Sciences (SPSS) في التحليل، من خلال استخدام الأساليب الإحصائية الآتية:

١- مقاييس الإحصاء الوصـفي (Descriptive Statistic Measures) مثـل النـسب المئوية والتكرارات والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية.

٢- تحليل الانحدار المتعدد (Multiple Regression Analysis) لاختبار تأثير المتغير المستقل وأبعاده في المتغير التابع.

٣- تحليل الانحدار البسيط (Simple Regression Analysis) لاختبار تـأثير المتغيـر كل بعد من أبعاد المتغير المستقل في المتغير التابع.

٤- تحليل التباين الأحادي ( ANOVA ) لاختبار الفروق بين المتغيرات الشخصية على اتجاهات المبحوثين نحو طبيعة التدريب.

٥- اختبار معامل تقييم التباين Variance Inflation Factor (VIF) واختبـار التبـاين المسموح (Tolerance)، واختبار الالتواء (Skewness) واختبار (K-S) للتأكد من صلاحية البيانات وأنها تتبع التوزيع الطبيعي.

### ٤ – ٥ أداة الدراسة:

والأردنية) وإدارة الجودة في المستشفيات، وكذلك تم اعتماد (تبنـي) أبعـاد جـودة الرعايـة الصحية الموضوعة من قبل مجموعة من المتخصصين في جودة الرعاية الصحية A. et al , (BLAZEVSKA.2004)، وبناء عليه صممت أداة الدراسة التي تتكـون مـن اسـتبيانين، أحدهما للإداريين والآخر للمرضى، الجزء الأول لكل منهما يتعلـق بالخـصائص العامـة

للمبحوثين، أما الجزء الثاني من الاستبيانين فقد صمما على غرار مقياس لكـرت الخماسـي بحيث تأخذ الإجابات على فقراتهما التدرج (أتفق تماما، أتفق، محايد، لا أتفق، لا أتفق تمامـا) وأعطيت الأوزان (٥، ٤، ٣، ٢، ١) على التوالي، وهذان المقياسان على النحو الآتي:

أ. مقياس مدى تطبيق معايير الاعتمادية الأردنية في المستشفيات ويتكون من (٤٥) فقرة قسمت إلى مجالين، المجال الأول يتكون من (٢٠) فقرة ويقيس رحلة تطبيق المعايير والمجال الثاني يتكون من (٢٥) فقرة لقياس علاقة الإنجازات فـي تطبيـق معـايير الاعتمادية وعلاقتها بجودة الخدمات الصحية.

ب. مقياس جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الأردنية ويتكـون مـن (٤٥) فقرة قسمت إلى ثماني مجالات:

| المجال | عدد الفقرات | أرقام الفقرات |
|---|---|---|
| ١. الكفاءة الفنية | ٦ | ١ - ٦ |
| ٢. سهولة الوصول إلى الخدمات | ٦ | ٧-١٢ |
| ٣. الفعالية | ٥ | ١٣-١٧ |
| ٤. العلاقة بين الأفراد | ٧ | ١٨-٢٤ |
| ٥. الكفاءة في استخدام الموارد | ٥ | ٢٥-٢٩ |
| ٦. الاستمرارية | ٣ | ٣٠-٣٢ |
| ٧. السلامة الصحية | ٥ | ٣٣-٣٧ |
| ٨. الكماليات | ٨ | ٣٨-٤٥ |
| المتغير المستقل | ٤٥ | ١-٤٥ |

**٤– ٦ صدق وثبات أداة الدراسة:**

للتأكد من صدق أداة الدراسة عرضت على (١٠) محكمين من أعضاء هيئة التدريس في الجامعات الأردنية من تخصصات الإدارة وإدارة الأعمال وإدارة الموارد البشرية ومتخصصين بجودة الرعاية الصحية، إذ تم استبدال (١١) فقرة وتعديل (٧) فقرات وكذلك إعادة تسمية بعض مجالات الدراسة. كما قام الباحث بتجربة الاستبيان على (٥٠) موظفاً وموظفة للتأكد من مدى وضوح صياغة الفقرات.

وبعد إجراء التعديلات على الاستبانتين تم تجريبهما على عينة مكونة من (١٥) موظفاً و (١٥) مريضا في مستشفى الكرك الحكومي والمستشفى التخصصي (خاص). وأعيد التطبيق على العينة التجريبية نفسها بفارق (١٠ أيام)، ومن ثم احتساب معامل ارتباط بيرسون بين التطبيقين وبلغت قيمته على المقياس (٠,٨٧) مما يشير لثبات أداة الدراسة.

## ٤ – ٧ الاتساق الداخلي بين فقرات المقياس:

تم استخراج معاملات كرونباخ ألفا للاتساق الداخلي بين فقرات المقياسين (مدى تطبيق معايير الاعتمادية الأردنية للمستشفيات، جودة الخدمات الصحية المقدمة)، حيث بلغت قيمة معامل كرونباخ ألفا بين جميع فقرات مقياس مدى تطبيق معايير الاعتمادية الأردنية للمستشفيات (٩٤%)، وبلغت قيمة معامل كرونباخ ألفا بين فقرات مقياس جودة الخدمات الصحية (٩٨%)، وهذه القيم مرتفعة تشير إلى وجود درجة عالية من الاتساق الداخلي بين فقرات المقياسين حيث تبلغ قيمة الحد الأدنى التي يعتبر عندها وجود اتساق داخلي (٦٨%). ويوضح الجدول رقم (٥) معاملات كرونباخ ألفا للاتساق الداخلي بين فقرات المقياسين ومجالاتهما:

جدول رقم (٥) معاملات كرونباخ ألفا للاتساق الداخلي بين فقرات المقاييس ومجالاتها

(ن=٢٥٠)

| المقياس | المجال | عدد الفقرات | قيمة كرونباخ ألفا % |
|---|---|---|---|
| مدى تطبيق معايير الاعتمادية (المتغير المستقل) | ١. رحلة تطبيق المعايير | ٢٠ | ٩٥ |
| | ٢. انجازات تطبيق معايير الاعتمادية | ٢٥ | ٨٢ |
| | المتغير ككل | ٤٥ | ٩٤ |
| جودة الخدمات (المتغير التابع) | ١. الكفاءة الفنية | ٦ | ٩١ |
| | ٢. سهولة الوصول إلى الخدمات | ٦ | ٨٦ |
| | ٣. الفعالية | ٥ | ٩٠ |
| | ٤. العلاقة بين الأفراد | ٧ | ٩١ |
| | ٥. الكفاءة في استخدام الموارد | ٥ | ٨٠ |
| | ٦. الاستمرارية | ٣ | ٩٠ |
| | ٧. السلامة الصحية | ٥ | ٧٧ |
| | ٨. الكماليات | ٨ | ٨٨ |
| | المتغير ككل | ٤٥ | ٩٨ |

# الفصل الخامس

# عرض البيانات وتحليلها

## ٥-١- أ- الخصائص الشخصية للإداريين

جدول رقم (٦) التوزيع النسبي لأفراد عينة الدراسة من الإداريين؛ حسب الجنس، والعمر، والدرجة العلمية، والتخصص (ن= ٢٤٩)

| المتغير | | العدد | النسبة المئوية |
|---|---|---|---|
| النوع الاجتماعي | ذكر | ١٣٥ | ٥٤,٢ |
| | أنثى | ١١٤ | ٤٥,٨ |
| العمر | من ٢٥ إلى ٣٥ سنة | ١٢١ | ٤٨,٦ |
| | من ٣٦ إلى ٤٥ سنة | ١١٢ | ٤٥,٠ |
| | ٤٥ سنة فما فوق | ١٦ | ٦,٤ |
| الدرجة العلمية | بكالوريوس | ١٥٨ | ٦٣,٥ |
| | ماجستير | ٦٢ | ٢٤,٩ |
| | دكتوراه | ٣ | ١,٢ |
| | دبلوم | ٢٦ | ١٠,٤ |
| التخصص | إدارة أعمال | ٤٣ | ١٧,٣ |
| | إدارة مستشفيات | ٣٩ | ١٥,٧ |
| | صحة عامة | ٢٣ | ٩,٢ |
| | اقتصاد منزلي | ٩ | ٣,٦ |
| | محاسبة | ٣٨ | ١٥,٣ |
| | سكرتاريا طبية | ١١ | ٤,٤ |
| | علوم مالية | ١٢ | ٤,٨ |
| | تمريض | ٤٤ | ١٧,٧ |
| | سجل طبي | ١١ | ٤,٤ |
| | حاسوب | ٣ | ١,٢ |
| | علاج نفسي | ٥ | ٢,٠ |
| | تحاليل طبية | ٤ | ١,٦ |
| | بكالوريوس طب وجراحة عامة | ٣ | ١,٢ |
| | انجليزي | ٢ | ٠,٨ |
| | طب مجتمع | ١ | ٠,٤ |
| | تدفئة مركزية | ١ | ٠,٤ |

يلاحظ من بيانات الجدول رقم (٦) بأن نسبة الذكور من أفراد عينة الدراسة الإداريين أعلى من نسبة تمثيل الإناث إذ بلغت نسبة تمثيل الذكور (٥٤,٢%) مقابل (٤٥,٨%) للإناث، ومن حيث العمر نجد أن النسبة الأعلى تقع أعمارهم في الفئة (من٢٥ إلى ٣٥ سنة) وبنسبة (٤٨,٦%) فيما بلغت أدنى نسبة تمثيل للفئة العمرية (٤٥ سنة فما فوق) بنسبة تمثيل (٦,٤%).

وهذه النسب تتماشى مع طبيعة الواقع الذي يمثله تطبيق معايير الاعتماد، ونظم الجودة الحديثة، حيث تحتاج الى تواصل في العمل، وقدرة على تحمل استمرارية الاجتماعات ومتابعة تفاصيل التطبيق الميدانية، ومرونة في التفاعل مع التغيرات، وهذه الفئة العمرية تمثل هذه الصفات.

كما يلاحظ من بيانات الجدول بأن غالبية أفراد عينة الدراسة الإداريين من حملة درجة البكالوريوس بنسبة (٦٣,٥%)، أما التوزيع النسبي لأفراد عينة الدارسة حسب التخصص فيظهر بأن النسبة الأعلى منهم تخصصهم تمريض بنسبة بلغت (١٧,٧%)، ثم جاءت نسبة تمثيل التخصص إدارة أعمال بنسبة (١٧.%) وأدنى نسبة تمثيل لتخصص طب المجتمع بنسبة بلغت (٠,٤%).

تمثل هذه النسبة من مستوى التعليم للعاملين في مجال الاعتمادية النسق الطبيعي للمواصفات التي يتميز بها العاملون في هذا المجال، حيث تحتاج هذه العملية إلى حملة مستوى بكالوريس (كحد أدنى) سواء في تخصص الجودة أو التخصصات القريبة مع خبرة مميزة في هذا المجال.

وتمثل نسبة مشاركة تخصص التمريض بدرجة تمثل ٢٠% من العينة علامة على المشاركة المميزة والفعالة لافراد هذا التخصص في هذه العملية، وهذا ما ذهب إليه (جاردل ٢٠٠٦) في دراسته التي ركز فيها على التمريض فقط لتقييم فعالية أنظمة الاعتمادية المطبقة في المستشفيات الحاصلة على هذه الشهادة.

الجدول رقم (٧) التوزيع النسبي لأفراد عينة الدراسة الإداريين حسب سنوات الخبرة في المستشفى وفي مجال الجودة، قطاع العمل، حجم المستشفى

**(ن= ٢٤٩)**

| المتغير | | العدد | النسبة المئوية |
|---|---|---|---|
| الخبرة في المستشفى | أقل من سنة | ٦٤ | ٢٥,٧ |
| | سنة إلى أقل من سنتين | ٤٣ | ١٧,٣ |
| | سنتين إلى أقل من ٣ سنوات | ٨ | ٣,٢ |
| | ثلاث سنوات إلى أقل من ٤ سنوات | ٧ | ٢,٨ |
| | من ٤ إلى أقل من ٥ سنوات | ٩ | ٣,٦ |
| | خمس سنوات فأكثر | ١١٨ | ٤٧,٤ |
| الخبرة في مجال الجودة | أقل من سنة | ٩٢ | ٣٦,٩ |
| | سنة إلى أقل من سنتين | ٦٧ | ٢٦,٩ |
| | سنتين إلى أقل من ٣ سنوات | ٢٥ | ١٠,٠ |
| | ثلاث سنوات إلى أقل من ٤ سنوات | ٨ | ٣,٢ |
| | من ٤ إلى أقل من ٥ سنوات | ٥ | ٢,٠ |
| | خمس سنوات فأكثر | ٥٢ | ٢٠,٩ |
| قطاع العمل | عام | ٥٨ | ٢٣,٣ |
| | خاص | ١٢٠ | ٤٨,٢ |
| | جامعي | ٧١ | ٢٨,٥ |
| حجم المستشفى | ٢٠٠ فأكثر | ١٣١ | ٥٢,٦ |
| | ١٠٠-٢٠٠ سرير | ٥٣ | ٢١,٣ |
| | ١٠٠ سرير فما دون | ٦٥ | ٢٦,١ |

يلاحظ من بيانات الجدول رقم (٧) بأن أعلى نسبة تمثيل للإداريين حسب الخبرة في المستشفى كانت للفئة خمس سنوات فأكثر بنسبة (٤٧,٤%) ثم فئة الخبرة أقل من سنة بنسبة (٢٥,٧%) فيما بلغت أدنى نسبة تمثيل للفئة (٣- أقل من ٤ سنوات) بنسبة (٢,٨%). كما يلاحظ ارتفاع نسبة الإداريين ذوي الخبرة المتدنية (أقل من سنة) بنسبة بلغت (٣٦,٩%)، فيما بلغت أعلى نسبة تمثيل لفئة الخبرة من ٤ إلى ٥ سنوات والبالغة (٢,٠%).

وفيما يتعلق بقطاع العمل يلاحظ بأن أعلى نسبة تمثيل كانت للقطاع الخاص بنسبة بلغت (٤٨,٢%)، وفي الدرجة الثانية القطاع الجامعي أو التعليمي بنسبة (٢٨,٥%)، فيما كانت أدنى نسبة تمثيل للقطاع العام وبنسبة (٢٣,٣%). أما التوزيع النسبي للإداريين حسب حجم

المستشفى فيلاحظ بأن أعلى نسبة كانت للمستشفيات ذات عدد الأسرة ٢٠٠ فأكثر بنسبة (٥٢,٦%)، وأدنى نسبة للمستشفيات التي عدد أسرتها ١٠٠-٢٠٠ سرير.

تمثل النسبة العالية من الخبرات في حقل الجودة أقل من سنة مؤشر واضح على قلة الخبرات الحقيقية في هذا المجال، وهذا يفسر الاعتماد الكلي على الخبرات الوافدة من بداية المشروع لغاية وقت قريب، كما قد يفسر النتائج المتوسطة لجودة الرعاية الصحية المرتبطة في تطبيق نظم الاعتمادية المختلفة، وهذا يتماشى مع دراسة (القاضي ٢٠٠٣) والتي بينت فيها بان عنصر التدريب من أهم عناصر إدارة الجودة الشاملة، ووجوده ضروري جداً لضمان تطبيق هذا المفهوم بشكل فعال وناجح، ويجب أن يشمل التدريب جميع المستويات والإدارات.

وتمثل نسبة الاستجابة العالية من افراد عينة القطاع الخاص على الدراسة قدرة هذا القطاع على التفاعل وتبادل المعلومات البحثية في هذا المجال.

### ٥ - ١ - ب. الخصائص الشخصية للمرضى

الجدول رقم (٨) التوزيع النسبي لأفراد عينة الدراسة المرضى حسب العمر، المستوى التعليمي، مدة المكوث في المستشفى

حسب (ن= ٢٤٩)

| المتغير | | العدد | النسبة المئوية |
|---|---|---|---|
| العمر | من ٢٠ إلى ٣٠ عام | ٨٠ | ٣٢,١ |
| | من ٣١ إلى ٤٠ عام | ٧٦ | ٣٠,٥ |
| | من ٤١ إلى ٥٠ عام | ٤٩ | ١٩,٧ |
| | من ٥١ إلى ٦٠ عام | ٤٤ | ١٧,٧ |
| المستوى التعليمي | بكالوريوس | ٦٩ | ٢٧,٧ |
| | ماجستير | ٢٣ | ٩,٢ |
| | دكتوراه | ١٢ | ٤,٨ |
| | توجيهي | ١٤٣ | ٥٧,٤ |
| | دبلوم | ٢ | ٠,٨ |
| الجنس | ذكر | ٨٧ | ٣٤,٩ |
| | أنثى | ١٦٢ | ٦٥,١ |
| مدة المكوث في المستشفى | من يوم إلى ٣ أيام | ٩٨ | ٣٩,٤ |
| | من ٣ أيام إلى ٥ أيام | ٥٧ | ٢٢,٩ |
| | من ٥ أيام فما فوق | ٩٤ | ٣٧,٨ |

يتضح من بيانات الجدول رقم (٨) بأن النسبة الأعلى من المرضى من أفراد عينة الدراسة تقع أعمارهم في الفئة (من٢٠الى ٣٠ عام) وبنسبة تمثيل (٣٢,١%)، فيما بلغت أدنى نسبة

تمثيل للفئة العمرية (من٥٠ إلى ٦٠) عام بنسبة (١٧,٣%). أما من حيث المستوى التعليمي فيلاحظ بأن النسبة الأعلى منهم للحاصلين على شهادة الثانوية العامة بنسبة (٥٧,٤%)، وفي الدرجة الثانية للحاصلين على البكالوريوس بنسبة (٢٧,٧%)، أما أدنى نسبة فكانت للحاصلين على الدبلوم بنسبة (٠,٨%). كما يلاحظ من بيانات الجدول بان النسبة الأعلى من أفراد عينة الدراسة المرضى من الإناث بنسبة (٦٥,١%) مقابل ما نسبته (٣٤,٩%) للذكور. وفيما يتعلق بمدة المكوث في المستشفى نجد أن النسبة الأعلى من أفراد العينة المرضى تتراوح مدة مكوثهم من يوم إلى ثلاثة أيام بنسبة (٣٩,٤%)، وأدنى نسبة لمدة المكوث من ثلاثة أيام إلى خمس أيام بنسبة (٢٢,٩%).

لعرض النتائج المتعلقة بمدى تطبيق معايير الاعتمادية وجودة الخدمات الصحية واختبار الفرضيات تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات إفراد العينة على فقرات المقياسين، إذ تم اعتماد أوزان للمقياس وهي:

| الإجابة | الوزن |
|---|---|
| أتفق تماما | ٥ |
| أتفق | ٤ |
| محايد | ٣ |
| لا أتفق | ٢ |
| لا أتفق تماما | ١ |

ولتحديد درجة الموافقة فقد تم اعتماد الأوزان التالية:

| متوسط الإجابات | الدرجة |
|---|---|
| ١-٢,٣٣ | متدنية |
| ٢,٣٤-٣,٦٧ | متوسطة |
| ٣,٦٨-٥,٠٠ | مرتفعة |

## ٥-٢ مدى تطبيق معايير الاعتمادية من وجهة نظر الإداريين

### أ. رحلة تطبيق المعايير

الجدول رقم (٩) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات الإداريين على درجة تطبيق معايير الاعتمادية (ن= ٢٤٩)

| رقم | العبارة | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | درجة الموافقة |
|---|---|---|---|---|
| ١. | تلتزم الإدارة العليا بتطبيق ومتابعة نظام جودة الرعاية الصحية في مستشفانا. | 3.83 | 0.97 | **مرتفعة** |
| ٢. | المناخ العام السائد في المستشفى يشجع ويدعم تطبيق نظام الجودة الصحية. | 3.35 | 0.96 | **متوسطة** |
| ٣. | تحرص الإدارة على توفير برامج التدريب داخل وخارج المستشفى للكوادر المعنية على تطبيق برامج الاعتمادية | 3.39 | 1.06 | **متوسطة** |
| ٤. | هناك نظام حوافز مادي ومعنوي لتشجيع تطبيق نظام الجودة في المستشفى | 2.78 | 1.20 | **متوسطة** |
| ٥. | هناك برامج موضوعة لرصد رضا العملاء في المستشفى. | 3.24 | 1.29 | **متوسطة** |
| ٦. | تم تشكيل لجان جودة فرعية لتحليل وتطبيق كل فصل من فصول متطلبات الاعتمادية الأردنية. | 3.64 | 1.08 | **متوسطة** |
| ٧. | جدران المستشفى وممراته تحمل اليافطات والبوسترات التي تدلل على ثقافة الجودة، وتساهم في نشرها للعموم. | 3.93 | 1.10 | **مرتفعة** |
| ٨. | هناك مجلس جودة فعال، وتعقد اجتماعاته بشكل دوري ويرتبط هذا المجلس بالمدير العام مباشرة. | 4.00 | 0.88 | **مرتفعة** |
| ٩. | تم البدء في دراسة (تحليل الفجوات) التي نتجت عن التقييم الذاتي الأولي للمستشفى بهدف جسر تلك الفجوات وتحسينها. | 3.57 | 1.23 | **متوسطة** |
| ١٠. | هناك رؤية وخطة واضحة المعالم لدى الإدارة العليا للسير قدماً في رحلة تطبيق نظام الجودة مطلع عليها الجميع كل حسب دوره | 3.62 | 1.24 | **متوسطة** |
| ١١. | أعتبر المراحل التي قطعت لغاية الآن في سعينا للحصول على الاعتمادية الوطنية فعالة وتعكس الخطة الموضوعة لذلك. | 3.52 | 1.14 | **متوسطة** |
| ١٢. | لقد شاركت بفعالية وزملائي في وضع الخطة العامة لتطبيق نظام الجودة الصحي في سبيل الحصول على الاعتمادية | 3.55 | 1.31 | **متوسطة** |
| ١٣. | تم تسهيل أمر مشاركتنا في الأنشطة التي تدعم انجاز خطة الاعتمادية داخل وخارج المؤسسة بكل سهولة. | 3.26 | 1.15 | **متوسطة** |
| ١٤. | يتم أخذ رأي الأفراد والكوادر المعنيين بتطبيق نظام الجودة في صياغة مفردات الخطط والبرامج المستقبلية. | 3.25 | 1.09 | **متوسطة** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ١٥. | هناك الكثير من العمليات والإجراءات في قسمي تمت مراجعتها وإعادة صياغتها بما يتناسب ومنهج الجودة في التطوير والتحسين | 3.49 | 1.22 | **متوسطة** |
| ١٦. | تشكيل فرق العمل وروح العمل الجماعي أصبحت من السمات الواضحة في منهج عملنا اليومي. | 3.56 | 1.23 | **متوسطة** |
| ١٧. | تنظر الإدارة العليا لمسئول الجودة في المستشفى باعتباره أحد أعضاءها من حيث حضور الاجتماعات الأسبوعية والأخذ بتوصياته. | 3.49 | 1.16 | **متوسطة** |
| ١٨. | هناك نظام واضح وفعال لتقرير الحادثة ( incidence repot) يرصد الخلل أينما وقع ليستفاد من تحليل تلك الحوادث في تطوير وتحسين الأنظمة بشكل عام. | 3.53 | 1.13 | **متوسطة** |
| ١٩. | هناك خطة للسلامة العامة وإدارة المخاطر في المؤسسة مكتوبة ومعروفة من قبل الجميع. | 3.64 | 1.10 | **متوسطة** |
| ٢٠. | تتم المراجعات الإدارية الشاملة لخطة الحصول على الاعتمادية كل فترة زمنية للوقوف على المراحل التي قطعت وماذا تبقى منها | 3.58 | 1.08 | **متوسطة** |
| | **الكلي (رحلة تطبيق معايير الاعتمادية)** | 3.51 | 0.80 | **متوسطة** |

يلاحظ من بيانات الجدول رقم (٩) وجود درجة متوسطة من تطبيق معايير الاعتمادية من وجهة نظر الإداريين فيما يتعلق بإجراءات التطبيق، إذ بلغ متوسط الإجابات الكلي على هذا المجال (٣,٥١)، وعلى مستوى العبارات يلاحظ بأن أعلى درجات الموافقة كانت على الفقرة رقم (٨) بمتوسط إجابات (٤,٠٠) والتي تنص على " هناك مجلس جودة فعال، وتعقد اجتماعاته بشكل دوري ويرتبط هذا المجلس بالمدير العام مباشرة"، بدرجة مرتفعة فيما كانت أدنى درجات الموافقة على الفقرة رقم (٥) بمتوسط إجابات (٣,٢٤) والتي تنص على " هناك برامج موضوعة لرصد رضا العملاء في المستشفى" وبدرجة متوسطة.

جاءت الإجابات متوسطة في مجموعها الكلي، ويمكن أن تعزى هذه النتيجة إلى حداثة عهد المستشفيات بمشروع تطبيق هذه المعايير، كما أن الثقافة والمناخ العام غيرمهيئين بالمستوى المطلوب، وهذا يؤكده قلة الخبرات الموجودة في المستشفيات حسب التوزيع لعينة فئة الاداريين المشاركة في البحث، وقد يكون دراسة القطاعات الصحية في نفس الوقت وعدم فصلها له دور في إخراج هذه النسبة.

واللافت للنظر من أن الإجابات التي تتعلق بالتزام الإدارة العليا في تطبيق معايير الاعتماد، ووجود مجلس جودة مشكل وفعال، وكذلك وجود ملصقات ولوحات على جدران الممرات تبين الاهتمام في نشر ثقافة الجودة ومفاهيمها، قد حصلت على مستويات مرتفعة في الإجابة،

وهذا يتفق مع ما ذهبت إليه دراسة (السمان ٢٠٠٣) من أن معظم المؤسسات الصناعية التـــي تم مقابلة مدرائها في الاردن تلتزم بتطبيق معايير الجودة، وتحث مؤسساتها علـــى التحــضير لجوائز التميز المحلية والاقليمية والعالمية.

وهذا يدل كذلك على أن جميع المؤسسات الصحية المكونة للعينة قد اشتركت وبمستوى مرتفع في السمات والخصائص الأولية لأي مؤسسة مقبلة على تطبيق معايير الاعتماد، كما يدل على وجود الحد المقبول للرغبة والاندفاع نحو تطبيق النظم الحديثة لجودة الرعاية الصحية بغــض النظر عن القطاع الذي تنتمي إليه المؤسسة الصحية.

**ب. علاقة تطبيق المعايير بجودة الرعاية الصحية**

جدول رقم (١٠) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات الاداريين على علاقة تطبيق المعايير بجودة الرعاية الصحية (ن= ٢٤٩)

| رقم | العبارة | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | درجة الموافقة |
|---|---|---|---|---|
| ١. | تم تحسين كثير من الأمور التي تخص السلامة العامة في المستشفى مثل إعادة تحديث نظام مكافحة الحريق، إزالة العوائق على مخارج الحريق. | 3.84 | 0.86 | **مرتفعة** |
| ٢. | ثقافة سلامة المريض أصبحت سائدة قولاً وممارسة، من خلال نظام تقرير الحادثة، ووضع إسوارة التعريف لكل مريض داخل المستشفى. | 3.73 | 1.11 | **مرتفعة** |
| ٣. | إذا حصل المستشفى على شهادة الآيزو هل ساعدت هذه الشهادة في دعم التحضير والحصول على شهادة الاعتمادية. | 3.53 | 1.15 | **متوسطة** |
| ٤. | أعتبر القطاع الذي تنتمي إليه المستشفى الذي أعمل به من أهم العوامل التي ساهمت في سرعة انجاز ما تم من رحلة الحصول على الاعتمادية. | 3.60 | 1.07 | **متوسطة** |
| ٥. | اعتبر القطاع الذي تنتمي إليه المستشفى الذي اعمل به من أهم العوامل التي أعاقت تقدمي في الحصول على الاعتمادية. | 3.04 | 1.39 | **متوسطة** |
| ٦. | اعتقد بأن المستشفيات الضخمة (أكثر من ٢٠٠ سرير) تساهم في سرعة الحصول على الاعتمادية، بسبب كثرة الموظفين وتنوع تخصصاتهم. | 2.96 | 1.18 | **متوسطة** |
| ٧. | يساهم القطاع الخاص كثيراً في دعم موظفيه والإنفاق على البرامج التي من شأنها تحسين الخدمة وزيادة رضا العملاء، بغض النظر عن الكلفة. | 3.40 | 1.28 | **متوسطة** |
| ٨. | تمتلك مستشفيات القطاع العام من الخبرة والتخصصات ما يؤهلها للحصول على شهادة أي برنامج اعتمادية أرادت. | 3.48 | 1.34 | **متوسطة** |
| ٩. | بيئة العاملين في مستشفيات القطاع العام عالية المرونة وأكثر تقبلا لعمليات التغيير واستحداث أنظمة جديدة. | 3.04 | 1.10 | **متوسطة** |
| ١٠. | سرعة التغيير التي تمت في مستشفاي نحو ثقافة الجودة مردها صغر حجم المستشفى (٥٠ إلى ١٠٠ سرير). | 2.52 | 1.15 | **متوسطة** |
| ١١. | عملية التغيير في ثقافة العاملين لا تتأثر بنوعية القطاع الذي يمثله المستشفى، العبرة بمن يقود عملية التغيير ونوع البرنامج المرتبط بالتغيير | 3.58 | 0.93 | **متوسطة** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **١٢.** | ساهم البدء في تطبيق برنامج الاعتمادية بتطوير وتحسين المظهر العام للمستشفى، وتحديث الأجهزة والمعدات فيها. | 3.60 | 1.03 | **متوسطة** |
| **١٣.** | أدى تطبيق برامج الاعتمادية الجديدة إلى تقليل مشاكل المرضى المتعلقة بنوعية الخدمة ومواعيد تقديمها. | 3.42 | 1.18 | **متوسطة** |
| **١٤.** | الاستجابة لحاجات المرضى والحرص على معاونتهم زادت مقارنة بفترات ما قبل البدء في مرحلة التحضير للاعتمادية. | 3.51 | 1.00 | **متوسطة** |
| **١٥.** | أصبحت اللباقة وحسن الاتصال مع المرضى من قبل جميع العاملين في المستشفى، والحرص على زرع الثقة لديهم هي السمة الغالبة لدى كادر مستشفانا بعد البدء في مرحلة التحضير للاعتمادية. | 3.56 | 0.99 | **متوسطة** |
| **١٦.** | ساهم برنامج الاعتمادية في زيادة تفهم الكادر للحاجات الأساسية للمرضى وسعيهم لتحقيقها، من خلال تقديم الخدمة الملائمة لتلك الحاجة. | 3.74 | 1.43 | **مرتفعة** |
| **١٧.** | لا يتم أي إجراء طبي للمريض دون أخذ الموافقات المناسبة من المريض أو أي من أولياء أمره بعد شرح مفصل لهذا الإجراء. | 4.05 | 0.83 | **مرتفعة** |
| **١٨.** | هناك برنامج واضح وموثق يتم العمل به ويعكس فصل التثقيف الصحي للمريض وعائلته (وهو من فصول برنامج الاعتمادية). | 3.94 | 0.69 | **مرتفعة** |
| **١٩.** | شكاوى المرضى الناتجة عن التعامل المباشر مع الممرضين انخفضت بصورة ملحوظة بعد تطبيق معايير برنامج الاعتمادية | 3.44 | 1.00 | **متوسطة** |
| **٢٠.** | زادت تقارير الحوادث بشكل ملحوظ بعد تطبيق برنامج الاعتمادية بسبب ثقافة سلامة المريض التي ترسخت عند الأفراد بشكل عام | 3.52 | 0.99 | **متوسطة** |
| **٢١.** | الأخطاء الناتجة عن إعطاء الأدوية انخفضت بسبب تطبيق معايير السلامة في التعامل مع الأدوية بشكل عام. | 3.38 | 1.07 | **متوسطة** |
| **٢٢.** | تسود ثقافة بيئة خالية من العقوبة (free punishment culture) مما تساهم بالاعتراف بالخطأ وتصحيحه دون تفاقم الوضع. | 3.20 | 1.02 | **متوسطة** |
| **٢٣.** | من الطبيعي الآن إشراك أهل المريض في مشفانا في الخطة العامة لعلاج مريضهم، وتثقيفهم حول حالته المرضية | 3.49 | 0.90 | **متوسطة** |
| **٢٤.** | أصبحت بيئة العمل ايجابية ومحفزة على العمل بروح الفريق بعد البدء بتطبيق معايير الاعتمادية | 3.45 | 0.95 | **متوسطة** |
| **٢٥.** | نسبة العدوى بالمستشفى أفضل بعد تطبيق برامج الاعتمادية | 3.55 | 0.86 | **متوسطة** |
| | **الكلي (علاقة تطبيق المعايير بجودة الرعاية الصحية)** | 3.46 | 0.46 | **متوسطة** |

يلاحظ من بيانات الجدول رقم (١٠) وجود درجة متوسطة من علاقة تطبيق المعايير بجودة الرعاية الصحية، إذ بلغ متوسط الإجابات الكلي على هذا المجال (٣,٤٦)، وعلى مستوى العبارات يلاحظ بأن أعلى درجات الموافقة كانت على الفقرة رقم (١٧) بمتوسط إجابات (٤,٠٥) والتي تنص على "لا يتم أي إجراء طبي للمريض دون اخذ الموافقات المناسبة من المريض أو أي من أولياء أمره بعد شرح مفصل لهذا الإجراء." بدرجة مرتفعة، فيما كانت أدنى درجات الموافقة على الفقرة رقم (١٠) بمتوسط إجابات (٢,٥٢) والتي تنص على " سرعة التغيير التي تمت في مستشفاي نحو ثقافة الجودة مردها صغر حجم المستشفى (٥٠ إلى ١٠٠ سرير)." وبدرجة متوسطة.

أكدت النتائج المتوسطة للإجابات الكلية دقة ما توصلنا إليه من أن حداثة عهد القطاعات المختلفة بتطبيق معايير جودة الرعاية الصحية أظهرت هذه النتائج المتوسطة، كما أن خلط القطاعات ساهم بصورة غير مباشرة بخفض هذه النتائج، وقد يكون ضعف تدريب الإداريين المعنيين بالإجابة على الاستبيان عامل آخر ساهم في قلة تحديد مؤشرات على فعالية ونجاح ذلك التطبيق، وقد يكون كذلك قلة اطلاع هؤلاء الإداريين على التغذية الراجعة بمختلف أشكالها، أو أن الإحصاءات ذات الصلة هو من جعل النتيجة تكون متوسطة.

وقد أظهرت النتائج تميزا وارتفاعا في الفقرات التي ترتبط بتحسين الإجراءات والعمليات الخاصة بسلامة المريض، والسلامة العامة بشكل عام، وكذلك تفهم الحاجات الأساسية للمريض، والتأكيد على أن لا يتم أي إجراء طبي للمريض قبل أخذ موافقته الرسمية والشرح الكافي له حول ذلك الإجراء، وزيادة الوعي بالتثقيف الصحي وأهميته، وهذا يدل من وجهة نظر الباحث بأن رحلة تطبيق معايير الجودة الصحية بدأت تظهر مؤشرات تقدم وإنجاز على محاور مهمة مثل إجراءات السلامة العامة، وسلامة المريض، وهذا يشجع المؤسسات على استكمال الطريق حتى نهايته، ويحفزها نحو الأمام ولو بخطوة واحدة نحو التغيير، واستيعاب نظم وبرامج تحسين مختلفة.

اما بالنسبة للنتيجة المنخفضة حول التغيير نحو ثقافة الجودة ومرده صغر حجم المستشفى، يعتقد الباحث بان هناك مؤشرات وعوامل أخرى كان لها الوزن الاعلى في تغيير هذه الثقافة، ومنها ما ذكر في الفقرة السابقة من إلتزام الادارة العليا بثقافة الجودة، وعزمها المضي بهذه التجربة نحو المزيد من التقدم.

## ٥-٣ مدى جودة الرعاية الصحية من وجهة نظر المرضى

### أ. الكفاءة الفنية: Technical Competence

جدول رقم (١١) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات المرضى على عبارات مجال الكفاءة الفنية (ن= ٢٤٩)

| رقم | العبارة | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | درجة الموافقة |
|---|---|---|---|---|
| ١. | حضرت إلى هذا المستشفى بناء على السمعة الطيبة التي يتمتع بها والكفاءة العالية لكادره الصحي. | 3.80 | 1.28 | **مرتفعة** |
| ٢. | يتم تأدية إجراءات الرعاية الصحية بطريقة صحيحة ومن أول مرة. | 3.56 | 1.36 | **متوسطة** |
| ٣. | الممرضون والأطباء المتواجدون في المستشفى مؤهلون وذوي كفاءة عالية في المهنة. | 4.05 | 1.04 | **مرتفعة** |
| ٤. | يجيب الممرضون والأطباء على أسئلة المرضى بناءً على خبرة ومعرفة. | 3.91 | 1.12 | **مرتفعة** |
| ٥. | يقدم الطبيب أو الممرض النصيحة أو المشورة للمريض. | 3.86 | 1.26 | **مرتفعة** |
| ٦. | يطلع المريض أولا بأول على سير عملية علاجه، والخطة العامة للعلاج من قبل الطبيب المختص | 3.49 | 1.39 | **متوسطة** |
| | **الكلي (الكفاءة الفنية)** | 3.78 | 1.03 | **مرتفعة** |

يلاحظ من بيانات الجدول رقم (١١) وجود درجة مرتفعة على مجال الكفاءة الفنية من مقياس جودة الرعاية الصحية من وجهة نظر المرضى، إذ بلغ متوسط الإجابات الكلي على هذا المجال (٣,٧٨)، وعلى مستوى العبارات يلاحظ بأن أعلى درجات الموافقة كانت على الفقرة رقم (٣) بمتوسط إجابات (٤,٠٥) والتي تنص على " الممرضون والأطباء المتواجدون في المستشفى مؤهلون وذوي كفاءة عالية في المهنة" بدرجة مرتفعة، فيما كانت أدنى درجات الموافقة على الفقرة رقم (٦) بمتوسط إجابات (٣,٤٩) والتي تنص على " يطلع المريض أولا بأول على سير عملية علاجه، والخطة العامة للعلاج من قبل الطبيب المختص" وبدرجة متوسطة.

أظهرت إجابة المرضى على هذه الفقرة رضا مرتفع عن أداء الكادر الفني، حيث حصلت الفقرة الخاصة بالسؤال المباشر عن كفاءة الممرضين والأطباء على نتيجة مرتفعة، وهذا يشير إلى الكفاءة المميزة التي يتصف بها العاملون في القطاع الصحي الخاص والعام (من وجهة نظر المرضى)، فيما حصلت الفقرة المتعلقة بموضوع اطلاع الأهل والمريض على سير

الخطة العلاجية لمريضهم على مستوى متدن من التقييم، وتفسير ذلك بأن حداثة العهد في تطبيق برامج الاعتمادية لم تحدث التغيير المطلوب في هذا الجانب، إذ أن ثقافة الكوادر الصحية غير معتادة على تطبيق هذا الجانب بدرجة مناسبة، وهذا يتسق مع دراسة ( Hard Castle ١٩٩٦) والتي ذكرت بأن الثقافة التنظيمية غير المهيئة بدرجة مناسبة تعتبر مؤثراً سلبيا على تقبل العاملين لنظام إدارة الجودة الشاملة، ويعتقد بأنه مع تقدم الوقت في تطبيق ثقافة الاعتمادية وفلسفتها قد يمكن للكوادر التعود على ممارسة هذا الجانب بدرجة مناسبة.

**ب. سهولة الوصول إلى الخدمات: Access to Service**

الجدول رقم (١٢) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات المرضى على عبارات مجال سهولة الوصول إلى الخدمات (ن= ٢٤٩)

| رقم | العبارة | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | درجة الموافقة |
|---|---|---|---|---|
| ٧. | بالإمكان الوصول إلى أماكن الخدمات الصحية المساندة / تصوير الأشعة والمختبرات والعيادات الخارجية /بسهولة ويسر وبدون عناء. | 3.38 | 1.48 | **متوسطة** |
| ٨. | هناك إشارات واضحة في المستشفى ولوحات إرشادية تدل على مرافق المستشفى مثل الطوارئ والأشعة.... الخ. | 3.92 | 1.32 | **مرتفعة** |
| ٩. | جميع الخدمات المتوفرة في المستشفى من البث التلفزيوني إلى خدمات الكافتيريا .... الخ تتلائم مع رغباتي وأصل لها بسهولة. | 2.74 | 1.49 | **متوسطة** |
| ١٠. | تمت إجراءات إدخالي إلى المستشفى بكل سهولة ولم اضطر للانتظار طويلا حتى أجلس على سريري في هذا الطابق. | 3.27 | 1.59 | **متوسطة** |
| ١١. | لا توجد مشكلة في التعامل والتخاطب مع العاملين في هذا المستشفى من حيث اللغة وأسلوب التفاهم. | 3.71 | 1.42 | **مرتفعة** |
| ١٢. | تقدم المستشفى تسهيلات مالية في الدفع. | 3.48 | 1.41 | **متوسطة** |
| | **الكلي (سهولة الوصول إلى الخدمات)** | 3.42 | 1.11 | **متوسطة** |

يلاحظ من بيانات الجدول رقم (١٢) وجود درجة متوسطة على مجال سهولة الوصول إلى الخدمات من مقياس جودة الرعاية الصحية من وجهة نظر المرضى، إذ بلغ متوسط الإجابات الكلي على هذا المجال (٣,٤٢)، وعلى مستوى العبارات يلاحظ بأن أعلى درجات الموافقة كانت على الفقرة رقم (٨) بمتوسط إجابات (٣,٩٢) والتي تنص على "هناك إشارات واضحة في المستشفى ولوحات إرشادية تدل على مرافق المستشفى مثل الطوارئ والأشعة... إلخ"

بدرجة مرتفعة، فيما كانت أدنى درجات الموافقة على الفقــرة رقــم (٩) بمتوســط إجابــات (٢,٧٤) والتي تنص على "جميع الخدمات المتوفرة في المستشفى من البث التلفزيــوني إلــى خدمات الكافتيريا .... إلخ تتلاءم مع رغباتي وأصل لها بسهولة" وبدرجة متوسطة.

الإجابات أظهرت نتيجة متوسطة من الرضا عن الخدمات ضمن هذه الفقرة، وكــان مــستوى الرضا بمعدل مرتفع ضمن الإجابات التي تختص بالإشارات واللوحات الإرشــادية الموزعــة في مبنى المستشفى للدلالة على الأماكن والأقسام المختلفة، وهذا يمثل الحد الأدنى والبــديهي المطلوب لجميع المؤسسات الصحية للحفاظ على منــاخ الــسلامة العامــة، وتــوفير وقــت المراجعين وجهدهم، كما أعطي مؤشر الاتصال والتخاطب والأسلوب الجيد في التخاطب بين الكوادر الصحية والمرضى والمرافقين مستوى مرتفع من الرضا، وهذه نتيجة مميزة تحتــاج إلى متابعة وتأكيد في التوصيات.

في مقابل ذلك؛ كان مؤشر رضا المرضى متوســطا بخــصوص الخــدمات المتــوفرة فــي المستشفى؛ من البث التلفزيوني إلى خدمات الكافتيريا .... الخ التــي تــتلاءم مــع رغباتــه، وسهولة وصوله إليها، كذلك إجراءات إدخاله إلى المستشفى، وهل تمــت بكــل ســهولة فلــم يضطر للانتظار طويلا لحين وصوله إلى سريره. وتفسير ذلك هو تفاوت الخــدمات الفندقيــة والتجهيزات الفنية وعدد الكادر، من مستشفى لآخر داخل القطــاع نفــسه، وكــذلك تفــاوت الخدمات الفندقية بين القطاع الخاص والعام.

### ج. الفاعلــية (Effectiveness)

الجدول رقم (١٣) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات المرضى على عبارات مجال الفعالية (ن= ٢٤٩)

| رقم | العبارة | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | درجة الموافقة |
|---|---|---|---|---|
| ١٣. | لم اضطر إلى إعادة أي إجراء أو فحص عمل لي مرة أخرى بسبب خطأ في تنفيذ ذلك الإجراء. | 3.45 | 1.48 | متوسطة |
| ١٤. | تقدم المستشفى خدمات فورية للمرضى من قبل الأطباء والممرضين. | 3.56 | 1.36 | متوسطة |
| ١٥. | هناك رغبة دائمة للممرضين والأطباء في معاونة المرضى. | 3.67 | 1.35 | متوسطة |
| ١٦. | لم ألمس انشغال الممرضين والأطباء عن الاستجابة لطلبات المرضى. | 3.39 | 1.37 | متوسطة |
| ١٧. | تتلاءم ساعات العمل في المستشفى مع حاجات المريض. | 3.76 | 1.24 | مرتفعة |
| | **الكلي (الفاعلية)** | 3.56 | 1.15 | متوسطة |

يلاحظ من بيانات الجدول رقم (١٣) وجود درجة متوسطة على مجال الفعالية من مقياس جودة الرعاية الصحية من وجهة نظر المرضى، إذ بلغ متوسط الإجابات الكلي على هذا المجال (٣,٥٦)، وعلى مستوى العبارات يلاحظ بأن أعلى درجات الموافقة كانت على الفقرة رقم (١٧) بمتوسط إجابات (٣,٧٦) والتي تنص على " تتلاءم ساعات العمل في المستشفى مع حاجات المريض" بدرجة مرتفعة، فيما كانت أدنى درجات الموافقة على الفقرة رقم (١٦) بمتوسط إجابات (٣,٣٩) والتي تنص على " لم ألمس انشغال الممرضين والأطباء عن الاستجابة لطلبات المرضى" وبدرجة متوسطة.

كان المستوى العالي الذي يمثل رضا المرضى بخصوص مواءمة ساعات العمل بالنسبة إلى حاجاته المرضية والشخصية بشكل عام، وتصب أيضا في استجابتهم لعدم انشغال الممرضين عنهم وعدم حضورهم لتلبية حاجاتهم أولا بأول، وهذا يدعم الاستجابة المرتفعة، وهذا يمثل واقع تواجد الكادر الصحي على مدار الساعة، وكون الاستجابات العليا تمثل القطاع الخاص فهذا يبرر هذا المستوى من الاستجابة.

**د. العلاقـــة بين الأفـــراد: Interpersonal Relations**

الجدول رقم (١٤) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات المرضى على عبارات مجال العلاقة بين الأفراد (ن= ٢٤٩)

| رقم | العبارة | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | درجة الموافقة |
|---|---|---|---|---|
| .١٨ | يساعد سلوك الأطباء والممرضين الايجابي على غرس الثقة في نفوس المرضى. | 3.88 | 1.22 | **مرتفعة** |
| .١٩ | يشعر المريض بالأمان في تعامله مع الأطباء والممرضين. | 3.80 | 1.21 | **مرتفعة** |
| .٢٠ | يتم التعامل بلباقة مع المريض من قبل الأطباء والممرضين. | 3.77 | 1.31 | **مرتفعة** |
| .٢١ | يهتم الأطباء والممرضون في المستشفى بالمريض بغض النظر عن علاقتهم الشخصية بالمرضى أو معرفتهم به | 3.73 | 1.32 | **مرتفعة** |
| .٢٢ | يحترم الممرضون خصوصية المريض أثناء الإجراءات التمريضية اليومية | 4.00 | 1.29 | **مرتفعة** |
| .٢٣ | علاقة الأطباء والممرضون وبقية العاملين في المستشفى تظهرهم كفريق عمل واحد متجانس متفقين فيما بينهم | 3.89 | 1.30 | **مرتفعة** |
| .٢٤ | يقوم الأطباء والممرضون بشرح الإجراء أو المداخلة الجراحية للمريض قبل القيام بها | 3.86 | 1.25 | **مرتفعة** |
| | **الكلي (العلاقة بين الأفراد)** | 3.85 | 1.02 | **مرتفعة** |

يلاحظ من بيانات الجدول رقم (١٤) وجود درجة مرتفعة على مجال العلاقة بين الأفراد من مقياس جودة الرعاية الصحية من وجهة نظر المرضى، إذ بلغ متوسط الإجابات الكلي على هذا المجال (٣,٨٥)، وعلى مستوى العبارات يلاحظ بأن أعلى درجات الموافقة كانت على الفقرة رقم (٢٢) بمتوسط إجابات (٤,٠٠) والتي تنص على " يحترم الممرضون خصوصية المريض أثناء الإجراءات التمريضية اليومية" بدرجة مرتفعة، فيما كانت أدنى درجات الموافقة على الفقرة رقم (٢١) بمتوسط إجابات (٣,٧٣) والتي تنص على "يهتم الأطباء والممرضون في المستشفى بالمريض بغض النظر عن علاقتهم الشخصية بالمرضى أو معرفتهم به" وبدرجة مرتفعة.

حازت هذه الفقرة على أعلى مستوى من حيث النتيجة الكلية، وهذا يؤكد ما ذهبت إليه الكثير من الدراسات من أن التواصل الإنساني مع المريض والعمل بروح الفريق والاهتمام بالمريض بوصفه إنسانا من أهم السمات التي تؤكد عليها فلسفة أنظمة الجودة بشكل عام

ومبادئ أنظمة الاعتمادية بشكل خاص من خلال التدريب المستمر وتوجيه الاهتمام لمثل هـذه المفاهيم.

**هـ. الكفـاءة فـي استـخـدام المـوارد: Efficiency**

جدول رقم (١٥) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات المرضى على عبارات مجال الكفاءة في استخدام الموارد (ن= ٢٤٩)

| رقم | العبارة | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | درجة الموافقة |
|---|---|---|---|---|
| ٢٥. | تظهر الممارسات التي يقوم بها أفراد الفريق الصحي أثناء قيامهم بتقديم الرعاية الصحية حرصهم على ترشيد الاستهلاك للمواد والمستهلكات ولخدمات المرافق من مياه وكهرباء وتكييف. | 3.64 | 1.19 | **متوسطة** |
| ٢٦. | يفهم الطبيب أو الممرض حاجات المريض بشكل محدد. | 3.71 | 1.21 | **مرتفعة** |
| ٢٧. | يظهر الجهاز التمريضي والفني قدرة كافية في تشغيل الأجهزة الطبية والتعامل معها. | 4.05 | 1.09 | **مرتفعة** |
| ٢٨. | يعرف الجهاز الطبي والتمريضي الأدوات المطلوبة لأي إجراء طبي دون التردد في تحديد تلك الأدوات. | 3.74 | 1.23 | **مرتفعة** |
| ٢٩. | الأدوات المستخدمة في المداخلات الجراحية والإجراءات الأخرى تتلاءم مع وضعي الصحي. | 3.68 | 1.33 | **مرتفعة** |
| | **الكلي (الكفاءة في استخدام الموارد)** | 3.77 | 0.95 | **مرتفعة** |

يلاحظ من بيانات الجدول رقم (١٥) وجود درجة مرتفعة على مجال الكفـاءة فـي اسـتخدام الموارد من مقياس جودة الرعاية الصحية من وجهة نظر المرضى، إذ بلغ متوسط الإجابـات الكلي على هذا المجال (٣,٧٧)، وعلى مستوى العبارات يلاحظ بأن أعلى درجـات الموافقـة كانت على الفقرة رقم (٢٧) بمتوسط إجابات (٤,٠٥) والتي تـنص علـى " يظهـر الجهـاز التمريضي والفني قدرة كافية في تشغيل الأجهزة الطبية والتعامل معها" بدرجة مرتفعة، فيما كانت أدنى درجات الموافقة على الفقرة رقم (٢٥) بمتوسط إجابات (٣,٦٤) والتي تنص على "تظهر الممارسات التي يقوم بها أفراد الفريق الصحي أثناء قيامهم بتقديم الرعايـة الـصحية حرصهم على ترشيد الاستهلاك للمواد والمستهلكات ولخدمات المرافق مـن ميـاه وكهربـاء وتكييف" وبدرجة متوسطة.

أظهرت نتائج المرضى مستوى مرتفع من الرضا حول هذا الجانب، ومرد ذلك قد يكون إلى التدريب الجيد عند الكوادر الصحية.

**و. الاستمرارية: Continuity**

الجدول رقم (١٦) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات المرضى على عبارات مجال الاستمرارية (ن= ٢٤٩)

| رقم | العبارة | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | درجة الموافقة |
|---|---|---|---|---|
| ٣٠. | لم يحدث أن تم تأجيل أي إجراء أو فحص بسبب عطل في الأجهزة أو عدم توفر تلك الخدمة. | 3.35 | 1.55 | متوسطة |
| ٣١. | لم أضطر لإعادة التصوير ألشعاعي وفحص الدم بسبب رداءة نوعية الأجهزة المستخدمة. | 3.42 | 1.57 | متوسطة |
| ٣٢. | لم يحدث أن نقلت لخارج المستشفى لعمل إجراء معين وذلك بسبب عدم وجود المختص بهذا الإجراء ضمن الفريق الصحي لهذا المستشفى. | 3.56 | 1.44 | متوسطة |
| | **الكلي (الاستمرارية)** | 3.44 | 1.39 | متوسطة |

يلاحظ من بيانات الجدول رقم (١٦) وجود درجة متوسطة على مجال الاستمرارية من مقياس جودة الرعاية الصحية من وجهة نظر المرضى، إذ بلغ متوسط الإجابات الكلي على هذا المجال (٣,٤٤)، وعلى مستوى العبارات يلاحظ بأن أعلى درجات الموافقة كانت على الفقرة رقم (٣٢) بمتوسط إجابات (٣,٥٦) والتي تنص على "لم يحدث أن نقلت لخارج المستشفى لعمل إجراء معين وذلك بسبب عدم وجود المختص بهذا الإجراء ضمن الفريق الصحي لهذا المستشفى" بدرجة متوسطة، فيما كانت أدنى درجات الموافقة على الفقرة رقم (٣٠) بمتوسط إجابات (٣,٣٥) والتي تنص على "لم يحدث أن تم تأجيل أي إجراء أو فحص بسبب عطل في الأجهزة أو عدم توفر تلك الخدمة" وبدرجة متوسطة.

أظهرت النتائج مستوى متوسط لكافة إجابات هذه الفقرة، وهنا التأكيد على أن المستوى الفني للكوادر والمؤسسات الصحية يلبي الاحتياجات المطلوبة من متلقي الرعاية الصحية.

**ز. السلامة الصحية: Safety**

الجدول رقم (١٧) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات المرضى على عبارات مجال السلامة الصحية (ن= ٢٤٩)

| رقم | العبارة | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | درجة الموافقة |
|---|---|---|---|---|
| .٣٣ | يقوم الطبيب والممرض بالتأكد من إسوارة المريض الخاصة باسمه عند كل إجراء يقدم له. | 3.85 | 1.26 | **مرتفعة** |
| .٣٤ | يرتدي الأطباء والممرضون قفازات جراحية عند التعامل مع أي تداخل جراحي مع المريض داخل غرفة علاجه. | 3.98 | 1.19 | **مرتفعة** |
| .٣٥ | يوجد هناك جرس نداء مثبت فوق رأس المريض للحالات الطارئة | 3.06 | 1.59 | **متوسطة** |
| .٣٦ | لا يتم إرسال المريض لأي إجراء خارج غرفته إلا بمرافقة ممرض مؤهل . | 3.53 | 1.46 | **متوسطة** |
| .٣٧ | يقوم الجهاز الطبي والتمريضي بتثقيف المريض وعائلته وتدريبهم على بعض الإجراءات التي تتم في البيت وخصوصا مع المرضى الذين يعانون من الأمراض المزمنة كالسكري مثلا. | 3.38 | 1.32 | **متوسطة** |
| | **الكلي (السلامة الصحية)** | 3.56 | 0.99 | **متوسطة** |

يلاحظ من بيانات الجدول رقم (١٧) وجود درجة متوسطة على مجال السلامة الصحية من مقياس جودة الرعاية الصحية من وجهة نظر المرضى، إذ بلغ متوسط الإجابات الكلي على هذا المجال (٣,٥٦)، وعلى مستوى العبارات يلاحظ بأن أعلى درجات الموافقة كانت على الفقرة رقم (٣٤) بمتوسط إجابات (٣,٩٨) والتي تنص على " يرتدي الأطباء والممرضون قفازات جراحية عند التعامل مع أي تداخل جراحي مع المريض داخل غرفة علاجه" بدرجة مرتفعة، فيما كانت أدنى درجات الموافقة على الفقرة رقم (٣٥) بمتوسط إجابات (٣,٠٦) والتي تنص على " يوجد هناك جرس نداء مثبت فوق رأس المريض للحالات الطارئة" وبدرجة متوسطة.

أظهرت النتائج مستوى متوسط في الإجابات جميعها، المستوى المرتفع ارتبط بالتأكيد على إسوارة المريض وكذلك لبس القفازات الجراحية أثناء التعامل مع المريض مباشرة، وهذا يعكس ازدياد الوعي بهذه الإجراءات الفنية، والاستفادة من ثقافة الاعتمادية وسلامة المريض المرتبطة بنظام الجودة الصحية.

في المقابل كان المستوى المتدني من الاستجابة يتعلق بموضوع جرس المناداة المثبت فوق رأس كل مريض وهذا يعد من الأمور الخطيرة في التعامل مع سلامة المريض، قد يعزى السبب لقلة الإمكانات في القطاعات المختلفة، وقد يحتاج الأمر إلى متابعة التوجهات للكوادر الصحية بخصوص هذا الموضوع.

**ع. الكماليات: Amenities**

الجدول رقم (١٨) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية المرضى على عبارات مجال الكماليات (ن= ٢٤٩)

| رقم | العبارة | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | درجة الموافقة |
|---|---|---|---|---|
| ٣٨. | يوجد في المستشفى أجهزة حديثة ومتطورة. | 3.43 | 1.38 | **متوسطة** |
| ٣٩. | توفر المستشفى أماكن ملائمة لانتظار سيارات المرضى. | 3.60 | 1.32 | **متوسطة** |
| ٤٠. | توجد نشرات ومجلات داخل المستشفى تتحدث عن خدماتها. | 3.18 | 1.38 | **متوسطة** |
| ٤١. | يظهر الممرضين والأطباء بالزي المطلوب والشكل الأنيق. | 3.62 | 1.46 | **متوسطة** |
| ٤٢. | يراعى أن تكون غرف المرضى نظيفة ومرتبة وجيدة التهوية طوال اليوم. | 3.78 | 1.30 | **مرتفعة** |
| ٤٣. | تقدم وجبات الطعام ساخنة ونظيفة وفي أوقاتها المحددة . | 3.54 | 1.40 | **متوسطة** |
| ٤٤. | تراعي إدارة المستشفى الإبقاء على أقسام المرضى هادئة ودون ضوضاء خصوصا في أوقات نوم وراحة المرضى. | 3.27 | 1.43 | **متوسطة** |
| ٤٥. | تتجاوب إدارة المستشفى مع شكوى المرضى وتقديم الحلول المناسبة لها. | 3.37 | 1.29 | **متوسطة** |
| | **الكلي (الكماليات)** | 3.47 | 1.01 | **متوسطة** |

يلاحظ من بيانات الجدول رقم (١٨) وجود درجة متوسطة على مجال الكماليات من مقياس جودة الرعاية الصحية من وجهة نظر المرضى، إذ بلغ متوسط الإجابات الكلي على هذا المجال (٣,٤٧)، وعلى مستوى العبارات يلاحظ بأن أعلى درجات الموافقة كانت على الفقرة رقم (٤٢) بمتوسط إجابات (٣,٧٨) والتي تنص على "يراعى أن تكون غرف المرضى نظيفة ومرتبة وجيدة التهوية طوال اليوم" بدرجة مرتفعة، فيما كانت أدنى درجات الموافقة على الفقرة رقم (٤٠) بمتوسط إجابات (٣,١٨) والتي تنص على "توجد نشرات ومجلات داخل المستشفى تتحدث عن خدماتها" وبدرجة متوسطة.

أظهرت النتائج مستوى مرتفع فيما يتعلق بغرف المرضى والمحافظة عليها نظيفة ومرتبة وجيدة التهوية طوال اليوم، ويعزى ذلك إلى التنافس بين جميع القطاعات الصحية فيما يخص الخدمة الفندقية والنظافة العامة للمؤسسة. وأظهرت الإجابات كذلك مستوى متدن للإجابة على موضوع وجود نشرات ومجلات داخل المستشفى تتحدث عن خدماتها، ويعزى ذلك إلى عدم تبلور ثقافة التسويق للخدمات الصحية بين جميع القطاعات بنسب متقاربة.

# الفصل السادس

# اختبار فرضيات الدراسة

## اخــــتــــبـــــار فرضــــيــــات الــــدراســــــة

قبل البدء في تطبيق تحليل الانحدار لاختبار فرضيات الدراسة، أجريت اختبارات التوزيع الطبيعي (Normal Distribution) بتطبيق اختبـــار ((Kolmogorov-Smirnov(K-S))، والجدول رقم (١٩) يبين نتائج هذه الاختبارات.

الجدول رقم (١٩)

اختبار التوزيع الطبيعي للمتغير المستقل والتابع ومجالاتهما

| المتغير | المجال | قيمة معامل K-S | الدالة الإحصائية K-S |
|---|---|---|---|
| المتغير المستقل (تطبيق معايير الاعتمادية) | ١. مراحل التطبيق | 2.417 | 0.000 |
| | ٢. علاقة التطبيق بالجودة | 2.117 | 0.000 |
| | الكلي | 1.516 | 0.020 |
| المتغير التابع (جودة الرعاية الصحية) | ١. الكفاءة الفنية | 2.259 | 0.000 |
| | ٢. سهولة الوصــول إلـــى الخدمات | 1.675 | 0.007 |
| | ٣. الفعالية | 1.967 | 0.001 |
| | ٤. العلاقة بين الأفراد | 2.164 | 0.000 |
| | ٥. الكفـــاءة فـــي اســـتخدام الموارد | 1.804 | 0.003 |
| | ٦. الاستمرارية | 2.804 | 0.000 |
| | ٧. السلامة الصحية | 1.544 | 0.017 |
| | ٨. الكماليات | 1.676 | 0.007 |
| | الكلي | 2.055 | 0.000 |

نلاحظ من بيانات الجدول بأن قيم المتغيرين المستقل ومجالاتهما تتبع للتوزيع الطبيعي، إذ أن قيم اختبار (K-S) والدلالة الإحصائية لها تشير إلى أن البيانات تتبع التوزيـــع الطبيعـــي، وبذلك يقبل نموذج الدراسة.

**الفرضية الرئيسية الأولى:**

Ho: لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجة تطبيق معـــايير الاعتمـــاد الاردنيـــة وجودة الرعاية الصحية المقدمة في المستشفيات الاردنية.

جدول رقم (٢٠)

نتائج تحليل التباين للانحدار (Analysis Of Variance) للتأكد من صلاحية النموذج لاختبار فرضية الدراسة الأولى

| التابع المستقل | المصدر | معامل التحديد $R^2$ | درجات الحرية | مجموع المربعات | متوسط المربعات | قيمة F المحسوبة | مستوى دلالة F |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| درجة تطبيق معايير الاعتمادية | الانحدار | %٨٩,٣ | ١ | ١١,٣٣٥ | ١١,٣٣٥ | ٤٠,٠١٢ | *٠,٠٠٠ |
| | الخطأ | | ٢٤٧ | ٦٩,٩٧١ | ٠,٢٨٣ | | |
| | الكلي | | ٢٤٨ | ٨١,٣٠٥ | | | |

* ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq$٠,٠٥).

يوضح الجدول رقم (٢٠) صلاحية نموذج اختبار فرضيات الدراسة، نظراً لارتفاع قيمة (F) المحسوبة عن قيمتها الجدولية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq$٠,٠٥) ودرجات حرية (١، ٢٤٧، ٢٤٨)، حيث بلغت الدلالة الإحصائية لها (٠,٠٠٠).

جدول رقم (٢١)

نتائج تحليل الانحدار البسيط لاختبار تأثير درجة تطبيق معايير الاعتماد الاردنية على جودة الرعاية الصحية المقدمة في المستشفيات الاردنية

| المتغير المستقل | R | $R^2$ | الخطأ المعياري | Beta | قيمة (t) المحسوبة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| درجة تطبيق معايير الاعتمادية | ٠,٣٧٣ | %١٣,٩ | 0.035 | 0.373 | 6.325 | *0.000 |

* التأثير ذات دلالة إحصائية على مستوى دلالة ($\alpha \leq$٠,٠٥).

يلاحظ من نتائج تحليل الانحدار المتعدد المبينة في الجدول رقم (٢١) وجود علاقة إيجابية بدرجة دون المتوسطة بين درجة تطبيق معايير الاعتماد الاردنية وبين جودة الرعاية الصحية المقدمة في المستشفيات الاردنية، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط (+٠,٣٧٣)، كما تشير بيانات الجدول إلى أن هذه العلاقة ذات دلالة عند مستوى (٠,٠٥≥ α). كما يلاحظ بأن درجة تطبيق معايير الاعتمادية في المستشفيات الأردنية تفسر ما نسبته (١٣,٩%) من التباين في جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة. وبناء على نتائج تحليل الانحدار البسيط ترفض الفرضية العدمية الاولى ، إذ أن هناك علاقة بين تطبيق معايير الاعتماد وارتفاع جودة الرعاية الصحية، وهذا يتسق مع ما جاء في دراسة (الادهم ٢٠٠٤) من أن تطبيق نظم الجودة الصحية يزيد من منسوب رضا المرضى، ودراسة الخلف ١٩٩٧) من أن تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة تؤدي إلى زيادة الانتاجية، وتخفيض التكاليف في قطاع الخدمات، وما ذهبت إليه دراسة (Tam and Hui) من أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة يساعد على تطوير أداء منظمات قطاع الخدمات.

ويفسر تطبيق نظم الجودة ما نسبته ١٤% تقريبا من التباين في جودة الرعاية الصحية، ويمكن تفسير ذلك بتداخل قطاعات الدراسة، وكذلك وجود عوامل أخرى قد تفسر بقية قيمة هذه النسبة ومنها الخدمات الفندقية المناسبة، وجود تأمين صحي ام لا.

**الفرضية الرئيسية الثانية:**

Ho: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تطبيق معايير الاعتماد الأردنية تعزى إلى اختلاف المتغيرات (قطاع العمل، حجم المستشفى).

لاختبار هذه الفرضية تم استخدام تحليل التباين (ANOVA) واختبار (T) وذلك لاختبار الفروق في درجة تطبيق معايير الاعتمادية حسب متغيرات (قطاع العمل، حجم المستشفى).

وفيما يلي اختبار الفرضيات الفرعية من الفرضية الرئيسية الثانية:

**الفرضية الفرعية الأولى:**

Ho: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تطبيق معايير الاعتماد الأردنية تعزى إلى اختلاف قطاع العمل.

الجدول رقم (٢٢) نتائج تحليل التباين لاختبار الفروق في درجة تطبيق معايير الاعتمادية حسب قطاع العمل

| قطاع العمل | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | درجات الحرية | قيمة(F) المحسوبة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|
| عام | ٣,٢٩ | ٠,٥٩ | ٢ | ١٠,٨٨٥ | ٠,٠٠٠* |
| خاص | ٣,٤٤ | ٠,٥٩ | ٢٤٦ | | |
| جامعي | ٣,٧٢ | ٠,٤٥ | ٢٤٨ | | |

* الفروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq$٠,٠٥).

تشير نتائج تحليل التباين المبينة في الجدول رقم (٢٢) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq$٠,٠٥) في درجة تطبيق المستشفيات الأردنية لمعايير الاعتمادية تعزى لاختلاف قطاع العلم إذ بلغت قيمة (F) المحسوبة (١٠,٨٨٥) والدلالة الإحصائية لها (٠,٠٠٠)، وبناء علية ترفض الفرضية العدمية الفرعية الأولى وهنا توجد علاقة بين إختلاف درجة تطبيق المعايير الاردنية ونوعية القطاع الذي تمثله المستشفى الذي تطبق فيه هذه المعايير. ولاختبار الفروق لصالح أي الفئات تم إجراء اختبار (شيفية) للاختبارات البعدية:

الجدول رقم (٢٣)

نتائج اختبار شيفية للاختبارات البعدية

| قطاع العمل | عام | خاص | جامعي |
|---|---|---|---|
| عام | - | | * |
| خاص | | - | * |
| جامعي | * | * | - |

* الفروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq$٠,٠٥).

فيلاحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تطبيق معايير الاعتمادية بين المستشفيات التي تتبع القطاع العام والتي تتبع القطاع الجامعي ولصالح القطاع الجامعي، وكذلك وجود فروق في درجة التطبيق بين المستشفيات التي تتبع القطاع الخاص والقطاع الجامعي لصالح الجامعي أيضا.

ومرد ذلك يعود إلى أن المستشفيات الجامعية مرتبطة بمؤسسة أكاديمية، والحرص على التطبيق الدقيق للمعايير والمناهج المقدمة في الكليات المختلفة المعنية بالرعاية الصحية.
وكلك فالكوادر العاملة في هذه المستشفيات تكون من الخريجين المميزين لهذه المؤسسات الاكاديمية.

**الفرضية الفرعية الثانية:**

Ho: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تطبيق معايير الاعتماد الأردنية تعزى إلى اختلاف حجم المستشفى.جدول رقم (٢٤) نتائج تحليل التباين لاختبار الفروق في درجة تطبيق معايير الاعتمادية حسب حجم المستشفى

| حجم المستشفى | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | درجات الحرية | قيمة (F) المحسوبة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|
| ٢٠٠ سرير فأكثر | ٣,٤٨ | ٠,٥٨ | ٢ | ٣,٤٨٩ | ٠,٠٣٢* |
| ١٠٠-٢٠٠سرير | ٣,٣٤ | ٠,٥٦ | ٢٤٦ | | |
| ١٠٠ سرير فدون | ٣,٦٢ | ٠,٥٤ | ٢٤٨ | | |

* الفروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq$٠,٠٥).

تشير نتائج تحليل التباين المبينة في الجدول رقم (٢٤) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq$٠,٠٥) في درجة تطبيق المستشفيات الأردنية لمعايير الاعتمادية تعزى لاختلاف حجم المستشفى إذ بلغت قيمة (F) المحسوبة (٣,٤٨٩) والدلالة الإحصائية لها (٠,٠٣٢)، وبناء علية ترفض الفرضية العدمية الفرعية الثانية وهذا يؤكد على أن هناك إختلاف في درجة تطبيق معايير الاعتماد الاردنية تعزى لحجم المستشفى. ولاختبار الفروق لصالح أي الفئات تم إجراء اختبار (شيفية) للاختبارات البعدية:

الجدول رقم (٢٥)

نتائج اختبار شيفية للاختبارات البعدية

| حجم المستشفى | ٢٠٠ سرير فأكثر | ١٠٠-٢٠٠سرير | ١٠٠ سرير فدون |
|---|---|---|---|
| ٢٠٠ سرير فأكثر | - | | |
| ١٠٠-٢٠٠سرير | | - | * |
| ١٠٠ سرير فدون | * | | - |

* الفروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq$٠,٠٥).

فيلاحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تطبيق معايير الاعتمادية بين المستشفيات التي عدد أسرتها بين ١٠٠-٢٠٠ سرير والمستشفيات التي عدد أسرتها ١٠٠ فما دون ولصالح المستشفيات ١٠٠ سرير فما دون.

وهذا يتسق مع أن هذا الحجم من المستشفيات يمكن للمعنيين ضبط وتوجيه عمليات التغيير المختلفة المصاحبة لتطبيق نظم الجودة الصحية.

**الفرضية الرئيسية الثالثة:**

Ho: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الرعاية الصحية في المستشفيات الأردنية تعزى إلى اختلاف المتغيرات الآتية بالنسبة للمرضى (العمر، المستوى التعليمي، مدة المكوث في المستشفى، الجنس).

لاختبار هذه الفرضية تم استخدام تحليل التباين (ANOVA) واختبار (T) وذلك لاختبار الفروق في درجة تطبيق معايير الاعتمادية حسب متغيرات (العمر، المستوى التعليمي، مدة المكوث في المستشفى، الجنس). وفيما يلي اختبار الفرضيات الفرعية من الفرضية الرئيسية الثالثة:

**الفرضية الفرعية الأولى:**

Ho: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة خدمات الرعاية الصحية في المستشفيات الأردنية تعزى إلى اختلاف عمر المريض.

الجدول رقم (٢٦)

نتائج تحليل التباين لاختبار الفروق في جودة خدمات الرعاية الصحية في المستشفيات الأردنية حسب العمر

| العمر | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | درجات الحرية | قيمة(F) المحسوبة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|
| من ٢٠ إلى ٣٠ سنة | ٣,٥٢ | ١,٠٥ | ٣<br>٢٤٥<br>٢٤٨ | ١,٦٦٤ | ٠,١٧٥ |
| من ٣١ إلى ٤٠ سنة | ٣,٥٧ | ٠,٨٨ | | | |
| من ٤١ إلى ٥٠ سنة | ٣,٥٨ | ٠,٩٩ | | | |
| من ٥١ إلى ٦٠ عام | ٣,٩٠ | ٠,٨٠ | | | |

تشير نتائج تحليل التباين المبينة في الجدول رقم (٢٦) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq$ ٠,٠٥) في جودة الرعاية الصحية في المستشفيات الأردنية تعزى إلى اختلاف العمر إذ بلغت قيمة (F) المحسوبة (١,٦٦٤) والدلالة الإحصائية لها (٠,١٧٥)، وبناء علية تقبل الفرضية العدمية الفرعية الأولى.

**الفرضية الفرعية الثانية:**

Ho: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الرعاية الصحية في المستشفيات الأردنية تعزى إلى اختلاف المستوى التعليمي للمريض.

الجدول رقم (٢٧)

نتائج تحليل التباين لاختبار الفروق في درجة تطبيق معايير الاعتمادية حسب المستوى التعليمي

| المستوى التعليمي | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | درجات الحرية | قيمة(F) المحسوبة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|
| بكالوريوس | ٣,٤١ | ١,٠٥ | | | |
| ماجستير | ٣,٥٣ | ٠,٩٠ | ٢ | | |
| دكتوراه | ٣,٩٧ | ٠,٦٨ | ٢٤٤ | ١,٥٨٣ | ٠,١٧٩ |
| توجيهي | ٣,٦٩ | ٠,٩٢ | ٢٤٨ | | |
| دبلوم | ٤,٠٧ | ٠,٠١ | | | |

تشير نتائج تحليل التباين المبينة في الجدول رقم (٢٧) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq$ ٠,٠٥) في جودة خدمات الرعاية الصحية في المستشفيات الأردنية تعزى إلى اختلاف المستوى التعليمي إذ بلغت قيمة (F) المحسوبة (١,٥٨٣) والدلالة الإحصائية لها (٠,١٧٩)، وبناء علية تقبل الفرضية العدمية الفرعية الثانية.

**الفرضية الفرعية الثالثة:**

Ho: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الرعية الصحية في المستشفيات الأردنية تعزى إلى اختلاف مدة مكوث المريض في المستشفى.

الجدول رقم (٢٨)

نتائج تحليل التباين لاختبار الفروق في جودة خدمات الرعاية الصحية في المستشفيات الأردنية حسب مدة المكوث في المستشفى

| مدة المكوث في المستشفى | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | درجات الحرية | قيمة(F) المحسوبة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|
| من يوم إلى ٣ أيام | ٣,٤٢ | ٠,٩١ | ٢ | ٣,٦٠٧ | *٠,٠٢٩ |
| من ٣ إلى٥ أيام | ٣,٨٢ | ٠,٩٨ | ٢٤٦ | | |
| من ٥ أيام فما فوق | ٣,٦٩ | ٠,٩٦ | ٢٤٨ | | |

* الفروق ذات دلالة إحصائية على مستوى($\alpha \leq$ ٠,٠٥).

تشير نتائج تحليل التباين المبينة في الجدول رقم (٢٨) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq$ ٠,٠٥) في جودة خدمات الرعاية الصحية في المستشفيات الأردنية تعزى إلى اختلاف مدة المكوث في المستشفى إذ بلغت قيمة (F) المحسوبة (٣,٦٠٧) والدلالة الإحصائية لها (٠,٠٢٩)، وبناء علية ترفض الفرضية العدمية الفرعية الثالثة. ولاختبار الفروق لصالح أي الفئات تم إجراء اختبار (شيفيه) للاختبارات البعدية:

الجدول رقم (٢٩)

نتائج اختبار شيفية للاختبارات البعدية

| مدة المكوث في المستشفى | من يوم إلى ٣ أيام | من ٣ إلى٥ أيام | من ٥ أيام فما فوق |
|---|---|---|---|
| من يوم إلى ٣ أيام | - | * | |
| من ٣ إلى٥ أيام | * | - | |
| من ٥ أيام فما فوق | | | - |

* الفروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq$ ٠,٠٥).

فيلاحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية في جودة خدمات الرعاية الصحية في المستشفيات الأردنية بين مدة المكوث من ٣ إلى ٥ أيام وبين مدة المكوث من يوم إلى ٣ أيام لصالح الفئة من ٣ إلى ٥ أيام.

وهذا يعزى لمرور مدة كافية ومتوسطة على مكوث المريض في المستشفى تمكنه من التعرف على واقع المحيط، ومعرفة الاماكن في المستشفى، وتمكنه كذلك من التقييم المنطقي لواقع الخدمات التي تقدم اليه، كما انه لم يدخل في المرحلة التي تجعله محبطا او غير قادر على تقييم الامور حوله، وهنا نؤكد على دراسة (عريضه ٢٠٠٣) والذي يوصي بها الى رفع درجة الاستجابة نحو العملاء، من خلال القيام باستقبال كافة الشكاوى والاقتراحات ومعالجتها بصورة مثالية، والمحافظة على الصناديق الخاصة بها، والترحيب بأية استفسارات يطرحها العميل، والعمل على توفير خط هاتفي مباشر مع العميل لضمان سرعة الاستجابة له.

**الفرضية الفرعية الرابعة:**

Ho: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الرعاية الصحية في المستشفيات الأردنية حسب جنس المريض.

جدول رقم (٣٠)

نتائج اختبار (t) لاختبار الفروق في جودة خدمات الرعاية الصحية في المستشفيات الأردنية حسب الجنس

| الجنس | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | قيمة (t) المحسوبة | قيمة (t) الجدولية | درجات الحرية | الدلالة الإحصائية |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ذكور | ٣,٥٣ | ١,٠٨ | ٠,٩٩٠ | ١,٩٦ | ٢٤٧ | ٠,٣٢٣ |
| إناث | ٣,٦٦ | ٠,٨٨ | | | | |

يلاحظ من نتائج اختبار (t) المبينة في الجدول رقم (٣٠) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq$ ٠,٠٥) في جودة خدمات الرعاية الصحية في المستشفيات الأردنية تعزى إلى اختلاف الجنس. إذ بلغت قيمة (t) المحسوبة (٠,٩٩٠) وهي أدنى من قيمة (t) الجدولية، وبناء عليه تقبل فرضية الدارسة العدمية الفرعية الرابعة.

# الفصل السابع

## ملخص النتائج والتوصيات

٦ – ١ عرض النتائج.

٦ – ٢ التوصيات.

## ٦ – ١ النتائج

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين تطبيق المستشفيات الأردنية لمعايير الاعتماد الأردنية وجودة الرعاية الصحية المقدمة في تلك المستشفيات، بالاضافة إلــى بحــث علاقــة المتغيرات الوسيطة (حجم المستشفى والقطاع الذي يمثله) على درجة تطبيق معايير الاعتمــاد الاردنية، وكذلك تم بحث العلاقة بين المتغيرات الوسيطة (عمر وجنس المــريض، ودرجــة تعليمه، ومدة مكوثه في المستشفى) على مستوى جودة الرعاية الصحية المقدمــة، ومــستوى إدراك المريض لها.

وقد توصلت هذه الدراسة إلى عدة نتائج وفيما يأتي أهمها وفقا لتسلسل أسئلتها ثــم عــرض للتوصيات:

١. وجود علاقة بين تطبيق معايير الاعتماد الاردنية وجودة الرعاية الصحية المقدمة في المستشفيات التي تطبق هذه المعايير.
٢. هناك علاقة بين المتغيرات الوسيطة (حجم المستشفى، القطاع الذي يمثله) على درجة تطبيق هذه المعايير.
٣. كانت نتائج علاقة المتغيرات الوســيطة بدرجــة تطبيــق المعــايير لــصالح قطــاع المستشفيات التعليمية، والمستشفيات التي سعتها اقل من ١٠٠ سرير.
٤. لا توجد علاقة بين المتغيرات الديمغرافية للمريض من مثل جنسه وعمره ومــستوى تعليمه على درجة إدراكه لمستوى جودة الرعاية الصحية.
٥. هناك علاقة بين مدة مكوث المريض في المستشفى ودرجة لإدراكه لمــستوى جــودة الرعاية الصحية المقدمة في المستشفى.
٦. تؤكد النتائج قلة سنوات الخبرة للعاملين في مجال جودة الرعاية الصحية، وحداثة هذه الثقافة في القطاعات المختلفة للقطاع الصحي الاردني، وهذا يتفق مع ما ذهبت إليــه دراسة ( آل صقر، ٢٠٠٦) من أن نشر ما يعرف بثقافة الجودة وذلــك مــن خــلال المؤتمرات والندوات، وتوفير البرامج التدريبية والتعليمية بالاساليب والادوات لتحقيق الجودة الشاملة، ودراسة (السويسي، ٢٠٠٥) أوضحت أن توفر المنح المادية يزيد من فرص نجاح تطبيق برامج الجودة.

٧. أظهرت النتائج إلتزام الادارة العليا بتطبيق المعايير، ومتابعتها لهذا المشروع، وهــذا يتفق مع دراسة (طرزي ٢٠٠٥) من أن مؤشر التزام القيادة مــن أكثــر المؤشــرات تطبيقا في التعليم العالي، وهو مؤشر نجاح لهذا التطبيق، ودراسة (السويــسي ٢٠٠٥) حيث أشارت إلى إرتفاع مستوى الوعي والالتزام لدى الادارة العليــا بتطبيــق إدارة الجودة الشاملة في المركز الصحي الشامل مدار البحث.

٨. أظهرت النتائج كذلك قلة خبرة القطاعات المختلفة في تطبيق بعض المفاهيم الاساسية لمعايير الاعتمادية الاردني من مثل مشاركة الاهل والمريض فــي خطــة المــريض العلاجية.

٩. تميزت القطاعات المختلفة ببعض الاجراءات التي تدعم سلامة المريض، والــسلامة العامة بشكل عام.

١٠. أظهرت النتائج بأنه لا يوجد متخصصين (بدرجة أكاديمية) في حقل جــودة الرعايــة الصحية.

## ٦ – ٢ التوصيات:

في ضوء النتائج المستخلصة توصل الباحث الى التوصيات الآتية:

- أن يعتمد تطبيق معايير الاعتماد الأردني شرطا لتجديد ترخيص اي مؤسسة صحية في المستقبل.
- تفعيل نشر ثقافة الجودة والاعتمادية وتعميمها بين المستويات الإدارية المختلفة.
- تضمين الخطط الدراسية للكليات الصحية في الجامعات الأردنية وكليات المهن الطبية المساندة بمساقات الجودة والاعتمادية.
- تعميم استمرارية تدريب جميع العاملين في المستشفيات، وتطوير مهاراتهم في حقل الجودة والاعتمادية، وعدم الاقتصار على الإداريين العاملين في لجان الجودة.
- إعطاء مبادئ ومفاهيم سلامة المريض الأولوية في متابعة ممارستها، وكذلك تعميق مفهوم السلامة العامة وإدارة المخاطر في المؤسسات الصحية.
- التركيز على تبادل الخبرات والاستشارات في مجال الجودة والاعتمادية، والاستفادة منها بين القطاعات الصحية المختلفة.

- تقديم حوافز مادية ومعنوية للكوادر العاملة في قطاع الجودة والاعتمادية لتحفيز العاملين وايجاد متطوعين آخرين لتجذير هذه الثقافة ودعم تطبيقها.
- قيام المستشفيات بإجراء دراسات مسحية بشكل دوري للتعرف على احتياجات المرضى والمراجعين، وتقديم خدمات فنية وفندقية تتوافق مع تغير هذه الاحتياجات.
- الاهتمام بالأبحاث العلمية والدراسات لإثراء مجال جودة الرعاية الصحية، وإجراء دراسات مستقبلية على القطاعات الصحية المختلفة في هذا الجانب كلٍ على حدى.
- تأسيس مراكز أكاديمية بالتعاون ما بين القطاع الصحي وقطاع التعليم العالي لأيجاد برنامج اكاديمي خاص ببرنامج جودة الرعاية الصحية والاعتمادية بدرجة دبلوم عالي.

## قائمة المصادر والمراجع:

### أولا: المراجع باللغة العربية:

#### أ- الكتب:

الأحمدي، د. طلال بن عايد، **إدارة الرعاية الصحية /** طلال بن عايد الأحمدي – الرياض ٢٠٠٣

الخلف، عبدالله بن موسى، ١٩٩٧، **ثالوث التميز**: تحسين الجودة وتخفيض التكلفة وزيادة الانتاجية، الادارة العامة، المجلد (٣٧)، العدد (١)، ص ١٢١- ١٥٥

جاد الرب، د.سيد محمد جاد الرب، **الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية** ٢٠٠٨.

جودة، محفوظ أحمد، **إدارة الجودة الشاملة، مفاهيم وتطبيقات**: محفوظ أحمد جودة. عمان دار وائل.٢٠٠٤.

حمود، خضير كاظم، **إدارة الجودة وخدمة العملاء**، د. خضير كاظم حمود/ عمان – دار المسيرة للنشر والتوزيع ٢٠٠٢.

خوجة، توفيق بن أحمد، **معجم جودة الرعاية الصحية**: تفسير المصطلحات. توفيق بن احمد خوجة – الرياض ٢٠٠٧.

سنجق، غالب محمود احمد، **معايير اللجنة المتحدة الدولية لاعتماد المستشفيات، بين النظرية والتطبيق**. عمان – دار الاعلام ٢٠٠٩.

مخيمر / الطعامنة، أ.د.عبد العزيز / د. محمد، **الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيقات)** ٢٠٠٣.

نياز، عبد العزيز بن حبيب الله، ٢٠٠٣، **جودة الرعاية الصحية: الأسس النظرية والتطبيق العملي**. الرياض.

#### ب - الرسائل العلمية:

أحمد شجاع السعيدي، **تقييم فاعلية نظام جودة الخدمات الصحية في مستشفى الجهراء في دولة الكويت**، دراسة ماجستير، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، ٢٠٠٧.

أحمد عبد الحاج محمد العبادي، **اثر تطبيق ادارة الجودة الشاملة على رضا العملاء في المصانع الاردنية لإنتاج الادوية**، اطروحة دكتوراه، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، ٢٠٠٧.

أسامه سلامة، **إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية في الأردن دراسة حالة مستشفى الجامعة**، رسالة ماجستير، جامعة آل البيت ٢٠٠٥.

أمل حازم طرزي، **أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على برامج التعليم العالي، كلية الهندسة والتكنولوجيا / الجامعة الاردنية كحالة دراسية**. رسالة ماجستير. ٢٠٠٥.

انشراح ركان القاضي، تقييم **إتجاهات العاملين نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الخطوط الملكية الاردنية**، رسالة ماجستير، جامعة آل البيت ٢٠٠٣.

بدرية المعتز عبد الكريم البلبيسي،إدارة **الجودة الشاملة والأداء:دراسة تطبيقية على قطاع المصارف التجارية في الأردن**، رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية ٢٠٠٠.

ربى ثابت شعبان، **اتجاهات المدراء العامين والموظفون في المؤسسات المالية الحكومية في الأردن نحو جودة الخدمة المقدمة "دراسة مقارنة"**، رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية ٢٠٠٥.

سامر ابراهيم السمان، **ادارة الجودة المتكاملة / نموذج اعادة هندسة العمليات الادارية**، رسالة ماجستير، الجامعة الاردنية، ٢٠٠٣.

سمير احمد حسن صالح، تطبيق **نظام إدارة الجودة الشاملة في قطاع الصناعة دراسة مقارنة بين الشركات الصناعية في مدينة عبد الله الثاني بن الحسين الصناعية**، رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية ٢٠٠٣.

عبدالله محمد بن صقر آل صقر، **تطوير نموذج لإدارة الجودة الشاملة في الجامعات السعودية**، أطروحة دكتوراه، الجامعة الاردنية، ٢٠٠٦.

عز الدين علي سويسي، إدارة **الجودة الشاملة وأثرها على مستوى أداء الخدمة الصحية (دراسة حالة مركز طرابلس الطبي في الجماهيرية الليبية)**، رسالة ماجستير جامعة آل البيت ٢٠٠٥.

عصام عبد الغني عريضة، **تقييم جودة الخدمة البريدية المقدمة للمستفيدين من قطاع البريد الاردني بعد الخصخصة**، رسالة ماجستير، جامعة آل البيت، ٢٠٠٥.

علي بن حمد بن علي المطاعني،**درجة تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة بمؤسسات التعليم العالي الخاص في سلطنة عمان من وجهة نظر الإداريين والأكاديميين فيها**، رسالة ماجستير، جامعة اليرموك ٢٠٠٥.

مازن عبد العزيز مسودة، **اثر تطوير الموارد البشرية الصحية في تحقيق الجودة الشاملة ، دراسة ميدانية تحليلية تطبيقية على المستشفيات الاردنية الخاصة،** اطروحة دكتوراة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا ٢٠٠٤.

مجد عبد الرحمن فريد الأدهم، **Assessment of Perceived Health Care Service Quality at Palestinian Hospitals: A Model for Hospital Management Practice.** رسالة ماجستير، ٢٠٠٤.

محمد علي القضاة، أثر **تبني استراتيجية الجودة الشاملة في تحسين الموقف التنافسي: دراسة ميدانية لشركات الصناعة الدوائية الاردنية،** اطروحة دكتوراه، جامعة عمان العربية للدراسات العليا ٢٠٠٦.

محمد محمود احمد الرياحنة، **تصميم نظام لإدارة الجودة الشاملة في الشركات الأردنية للبرمجيات،** رسالة ماجستير، جامعة آل البيت ٢٠٠٤.

موسى أحمد كريم الطراونة، **اتجاهات العاملين في المؤسسة العامة للضمان الاجتماعي في الأردن نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة،** رسالة ماجستير، جامعة مؤتة ٢٠٠٣.

**د - الهيئات والمواقع الالكترونية:**

١. الموقع الألكتروني للمجلس الصحي الاردني الاعلى.

٢. الموقع الألكتروني لمجلس النواب الاردني

٣. www.isixsigma.com/dictionary/FOCUS_-_PDCA-823.htm.

٤. الموقع الألكتروني الرسمي لوزارة الصحة الأردنية.

٥. الموقع الألكتروني (JCIA) اللجنة المشتركة للاعتماد الدولي.

٦. الموقع الألكتروني للمعهد الطبي الأمريكي IOM .

٧. دائرة الجودة / وزارة الصحة الأردنية.

٨. دائرة تكنولوجيا المعلومات (information technology) التابعة لوزارة الصحة الأردنية.

٩. مجلس اعتماد المؤسسات الصحية HCAC .

١٠. مشروع اعتماد المؤسسات الصحية الأردني – JORDAN HEALH ACCRIDITATION) JHAP PROJECT)

## ثانيا: المراجع باللغة الانجليزية

**A. Books**

David., G and Stanley., D. **Quality Management, introduction to Total Quality Management for Production, Processing, and Services**. USA. Prentice hall. 2006.

**B. Theses**

Adinolfi.,P. (2003). **Total quality management in public health care: a study of Italian and Irish hospitals**. *Total Quality Management14*. (2). P. 141–150.

Al Tehewy., M. Salem., B. Habil., I. and El Okda., S.2009. **Evaluation of accreditation program in non-governmental organizations' health units in Egypt: short-term outcomes.** *International Journal for Quality in Health Care. 21*. (3). P. 183-189.

BLAZEVSKA., A.VLADIČKIENĖ.,J. and XINXO.,S. (2004). **Patients' satisfaction with the health care services provided by Ambulatory Care Units**. Professional Study LODZ, POLAND.

CHENG., S. YANG., M. and CHIANG., T. **Patient Satisfaction with and recommendation of hospitals: effect of interpersonal and technical aspect of hospital care**., National Taiwan University, College of Public Health, Taipei, Taiwan. 2003.

FRANÇOIS., B. CLAUDE PEYRIN., J. TOUBOUL., M. LABARÈRE., J. REVERDY., T. and DOMINIQUE VINCK. 2003**.** Evaluating **implementation of quality management systems in a teaching** hospital's **clinical departments.** *International Journal for Quality in Health Care*.

Hard Castle., Alan John., 1994, The **voices of Organizational Culture: An Ethnographic Studyo of Total Quality Management at Douglas Aircraft Company**. PH.D. Dissertation, Univercity of California, USA.

Horng, C., and Hurang, F. (2002). **TQM adoption by hospitals in Taiwan**. *Total Quality Management, 13,*(4). P. 441- 463.

Hui., Y. and Tam., M. 1994. **Total Quality Management in a Puplic Transport Organization in Hong Kong**, *Iternational Journal of Project Management, 14*(5). P. 311-315.

JARDAL., F, JAMAL., D., DIMASS., H., AMMAR., W, and TCHAGHCHAGHIAN., V.( 2008**). The impact of hospital accreditation 0n**

**quality of care: perception of Lebanese nurses**. *International journal for quality in health care, 20,* (5).P. 363-371.

Karasa.,A, Akinci.,F, Esatolu E, Amy L. and Sarp, P. (2007). **An Evaluation of the Opinions of Hospital Employees Regarding the Contribution of Internal Marketing to the Application of Total Quality Management in Turkey.**

Kunst, P., and Lemmink, J, (2000). **Quality management and business performance in hospitals: A search for success parameters**, *Total Quality Management, 11.* (8). P. 1123± 1133.

LIN., C, and CHANG., S. (2006**). Exploring TQM's Impact on the Causal Linkage between Manufacturing Objective and Organizational Performance**, *Total Quality Management, 17.* (4). P. 465–484.

Milosevic, D.; Bayyigit, M.1999.**Quality Improvement: What Is in It for the Patient**? *Engineering Management, 46*, (3). P. 346 –358.

Moumtzoglou., A. (2003). **Learning Hospitals' and Quality**. *Knowledge and Process Manageme. 10* (4). P. 231–236.

Piligrimiene, Buciuien, 2008.**Different perception on health care quality, Is the consensuses is possible**? *ENGINEERING ECONOMICS*. (1) p. (56).

Salaheldin, S., and Mukhalalati, B.( 2009).**The Implementation of TQM in the Qatari Healthcare Sector**. *Journal of Accounting – Business & Management, 16*, ( 2). P. 1-14.

Sánchez., E. Letona., J. Gonz lez., R. García.,M. Darpón¨ J. and Garay.,J. 2005. **A descriptive study of the implementation of the EFQM excellence model and underlying tools in the Basque Health** *Service. International Journal for Quality in Health Care, 18* (1).

Sutherasan S., and Aungsuroch Y.,2008. Total **quality management activities after hospital accreditation from the opinion of hospital accreditation coordinators in Thailand**. *Songkla Med J . 26*. (4).

Thomas., M. and Ziaul, H. (2002). **A hospital case study supporting workforce culture re-engineering**. *Total Quality Management, 13,* (4). P. 523- 536.

## الملاحق

استبانة الدراسة / الاستبانة الاولى الموجهة للاداريين

بسم الله الرحمن الرحيم

عزيزي الإداري، عضو مكتب الجودة، عضو لجنة الاعتمادية..........

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته
أضع بين أيديكم هذه الاستبانة آملا أن يسمح وقتكم الثمين للإجابة الدقيقة عليها.
وتتعلق هذه الاستبانة بموضوع حيوي وحساس، أتوقع انه ذو أهمية في مشفاكم العامر، وهو بعنوان:

**العلاقة بين تطبيق معايير الاعتماد الأردنية و جودة الرعاية الصحية في القطاع الصحي الأردني**

صممت هذه الاستبانة بهدف دراسة العلاقة بين تطبيق معايير الاعتماد الأردنية في القطاع الصحي وأثرها في ضمان جودة الرعاية الصحية، وقد تساهم نتائج هذه الدراسة في تعميم ثقافة الجودة للقطاعات الصحية التي لم يصلها أية معلومات أو معرفة حول تلك المعايير وأثرها على جودة الخدمات الصحية المقدمة للمستفيدين من الخدمة، مما يساهم في تطوير الأداء في المؤسسات الصحية الوطنية.

علما بان التعامل مع إجابات هذه الاستبانة، وكذلك جميع المعلومات التي تخص مستشفاكم سيكون بسرية تامة، وستستخدم هذه المعلومات فقط لأغراض البحث العلمي.

ويأتي تصميم هذه الاستبانة لأغراض الحصول على درجة الماجستير في إدارة الجودة من كلية إدارة الأعمال في الجامعة الأردنية، كما ويمكنكم الاطلاع على نتائج هذه الدراسة من خلال التواصل مع الباحث على عنوان البريد الاليكتروني المدون أسفل الصفحة.

مقدرًا وقتكم وشاكرا لحسن استجابتكم.

الباحث: خالد مصطفى محمد أبو عزيزة.

هاتف: ٠٠٩٦٢٧٧٧٣٩٠٤٠٨

٠٠٩٦٢٧٩٧٣٣١٦٨٦

البريد الاليكتروني: aboazizeh@yahoo.com

الجامعة الأردنية / كلية إدارة الأعمال.

**البيانات الشخصية:**

١. الجنس ☐ذكر ☐ أنثى

٢. العمر ☐من ٢٥ إلى ٣٥ ☐من ٣٦ إلى ٤٥ ☐ ٤٥ فما فوق

٣. الدرجة العلمية ☐ بكالوريوس ☐ ماجستير ☐ دكتوراه

☐ غير ذلك \ حدد ( )

٤. التخصص...................

٥. سنوات الخبرة في المستشفى: ........................

٦. سنوات الخبرة في مجال الجودة ...................

٧. القطاع الذي اعمل به: ☐عام ☐خاص ☐جامعي

٨. حجم المستشفى الذي اعمل به: ☐ ٢٠٠ إلى ٣٠٠ سرير

☐ ١٠٠ إلى ٢٠٠ سرير ☐ ١٠٠ سرير فما دون

فقرات الاستبانة: الرجاء الإجابة على فقرات الاستبانة والتي تتكون من جزأين رئيسين.

الأول: يتعلق بالمعلومات حول رحلة تطبيق معايير الاعتمادية الأردنية في مستشفاكم.

أما الجزء الثاني فيتعلق بالمعلومات حول ربط هذا التطبيق بمؤشرات التطور والتحسين في جودة الرعاية الصحية لديكم.

- يرجى وضع علامة x إزاء الخانة التي تمثل قناعتك بالواقع المطبق لديكم.
- حيث تعادل الكلمات الموجودة على رأس كل خانة الدرجات الآتية:

اتفق تماماً = ٥ درجات / اتفق = ٤ درجات / محايد = ٣ درجات / لا اتفق = درجتين / لا اتفق تماماً = درجة واحدة.

| رقم العبارة | العبارة | اتفق تماماً (٥) | اتفق (٤) | محايد (٣) | لا اتفق (٢) | لا اتفق تماماً (١) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ١ | الجزء الأول / رحلة تطبيق المعايير | | | | | |
| ١/١ | تلتزم الإدارة العليا بتطبيق ومتابعة نظام جودة الرعاية الصحية في مستشفانا. | | | | | |
| ٢/١ | المناخ العام السائد في المستشفى يشجع ويدعم تطبيق نظام الجودة الصحية. | | | | | |
| ٣/١ | تحرص الإدارة على توفير برامج التدريب داخل وخارج المستشفى للكوادر المعنية على تطبيق برامج الاعتمادية | | | | | |
| ٤/١ | هناك نظام حوافز مادي ومعنوي لتشجيع تطبيق نظام الجودة في المستشفى | | | | | |
| ٥/١ | هناك برامج موضوعة لرصد رضا العملاء في المستشفى. | | | | | |
| ٦/١ | تم تشكيل لجان جودة فرعية لتحليل وتطبيق كل فصل من فصول متطلبات الاعتمادية الأردنية. | | | | | |
| ٧/١ | جدران المستشفى وممراته تحمل اليافطات والبوسترات التي تدلل على ثقافة الجودة، وتساهم في نشرها للعموم. | | | | | |
| ٨/١ | هناك مجلس جودة فعال، وتعقد اجتماعاته بشكل دوري ويرتبط هذا المجلس بالمدير العام مباشرة. | | | | | |
| ٩/١ | تم البدء في دراسة (تحليل الفجوات) التي نتجت عن التقييم الذاتي الأولي للمستشفى بهدف جسر تلك الفجوات وتحسينها. | | | | | |
| ١٠/١ | هناك رؤية وخطة واضحة المعالم لدى الإدارة العليا للسير قدماً في رحلة تطبيق نظام الجودة مطلع عليها الجميع كل حسب دوره | | | | | |
| ١١/١ | اعتبر المراحل التي قطعت لغاية الآن في سعينا للحصول على الاعتمادية الوطنية فعالة وتعكس الخطة الموضوعة لذلك. | | | | | |
| ١٢/١ | لقد شاركت بفعالية وزملائي في وضع الخطة العامة لتطبيق | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | نظام الجودة الصحي في سبيل الحصول على الاعتمادية | | | | | |
| ١٣/١ | تم تسهيل أمر مشاركتنا في الأنشطة التي تدعم انجاز خطة الاعتمادية داخل وخارج المؤسسة بكل سهولة. | | | | | |
| ١٤/١ | يتم اخذ رأي الأفراد والكوادر المعنيين بتطبيق نظام الجودة في صياغة مفردات الخطط والبرامج المستقبلية. | | | | | |
| ١٥/١ | هناك الكثير من العمليات والإجراءات في قسمي تمت مراجعتها وإعادة صياغتها بما يتناسب ومنهج الجودة في التطوير والتحسين | | | | | |
| ١٦/١ | تشكيل فرق العمل وروح العمل الجماعي أصبحت من السمات الواضحة في منهج عملنا اليومي. | | | | | |
| ١٧\١ | تنظر الإدارة العليا لمسئول الجودة في المستشفى باعتباره احد أعضاءها من حيث حضور الاجتماعات الأسبوعية والأخذ بتوصياته. | | | | | |
| ١٨/١ | هناك نظام واضح وفعال لتقرير الحادثة (incidence repot) يرصد الخلل أينما وقع ليستفاد من تحليل تلك الحوادث في تطوير وتحسين الأنظمة بشكل عام. | | | | | |
| ١٩/١ | هناك خطة للسلامة العامة وإدارة المخاطر في المؤسسة مكتوبة ومعروفة من قبل الجميع. | | | | | |
| ٢٠\١ | تتم المراجعات الإدارية الشاملة لخطة الحصول على الاعتمادية كل فترة زمنية للوقوف على المراحل التي قطعت وماذا تبقى منها | | | | | |
| ٢ | الجزء الثاني للاستبانة / ربط ما أنجز في رحلة الاعتمادية مع جودة الرعاية الصحية | | | | | |
| ٢١/٢ | تم تحسين كثير من الأمور التي تخص السلامة العامة في المستشفى مثل إعادة تحديث نظام مكافحة الحريق، إزالة العوائق على مخارج الحريق. | | | | | |
| ٢٢/٢ | ثقافة سلامة المريض أصبحت سائدة قولاً وممارسة، من خلال نظام تقرير الحادثة، ووضع اسوارة التعريف لكل مريض داخل المستشفى. | | | | | |
| ٢٣/٢ | إذا حصل المستشفى على شهادة الآيزو هل ساعدت هذه الشهادة في دعم التحضير والحصول على شهادة الاعتمادية. | | | | | |
| ٢٤/٢ | أعتبر القطاع الذي تنتمي إليه المستشفى الذي أعمل فيه من أهم العوامل التي ساهمت في سرعة إنجاز ما تم من رحلة الحصول على الاعتمادية. | | | | | |
| ٢٥/٢ | أعتبر القطاع الذي تنتمي إليه المستشفى الذي أعمل فيه من أهم العوامل التي أعاقت تقدمي في الحصول على الاعتمادية. | | | | | |
| ٢٦/٢ | أعتقد بان المستشفيات الضخمة (أكثر من ٢٠٠ سرير) تساهم في سرعة الحصول على الاعتمادية، بسبب كثرة الموظفين وتنوع تخصصاتهم. | | | | | |
| ٢٧/٢ | يساهم القطاع الخاص كثيراً في دعم موظفيه والإنفاق على البرامج التي من شأنها تحسين الخدمة وزيادة رضا العملاء، بغض النظر عن الكلفة. | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ٢٨/٢ | تمتلك مستشفيات القطاع العام من الخبرة والتخصصات ما يؤهلها للحصول على شهادة أي برنامج اعتمادية أرادت. | | | | | |
| ٢٩/٢ | بيئة العاملين في مستشفيات القطاع العام عالية المرونة وأكثر تقبلا لعمليات التغيير واستحداث أنظمة جديدة. | | | | | |
| ٣٠/٢ | سرعة التغيير التي تمت في مستشفاي نحو ثقافة الجودة مردها صغر حجم المستشفى (٥٠ إلى ١٠٠ سرير). | | | | | |
| ٣١/٢ | عملية التغيير في ثقافة العاملين لا تتأثر بنوعية القطاع الذي يمثله المستشفى، العبرة بمن يقود عملية التغيير ونوع البرنامج المرتبط بالتغيير | | | | | |
| ٣٢/٢ | ساهم البدء في تطبيق برنامج الاعتمادية بتطوير وتحسين المظهر العام للمستشفى، وتحديث الأجهزة والمعدات فيها. | | | | | |
| ٣٣/٢ | أدى تطبيق برامج الاعتمادية الجديدة إلى تقليل مشاكل المرضى المتعلقة بنوعية الخدمة ومواعيد تقديمها. | | | | | |
| ٣٤/٢ | الاستجابة لحاجات المرضى والحرص على معاونتهم زادت مقارنةً بفترات ما قبل البدء في مرحلة التحضير للاعتمادية. | | | | | |
| ٣٥/٢ | أصبحت اللباقة وحسن الاتصال مع المرضى من قبل جميع العاملين في المستشفى، والحرص على زرع الثقة لديهم هي السمة الغالبة لدى كادر مستشفانا بعد البدء في مرحلة التحضير للاعتمادية. | | | | | |
| ٣٦/٢ | ساهم برنامج الاعتمادية في زيادة تفهم الكادر للحاجات الأساسية للمرضى وسعيهم لتحقيقها، من خلال تقديم الخدمة الملائمة لتلك الحاجة. | | | | | |
| ٣٧/٢ | لا يتم أي إجراء طبي للمريض دون اخذ الموافقات المناسبة من المريض أو أي من أولياء أمره بعد شرح مفصل لهذا الإجراء. | | | | | |
| ٣٨/٢ | هناك برنامج واضح وموثق يتم العمل به ويعكس فصل التثقيف الصحي للمريض وعائلته (وهو من فصول برنامج الاعتمادية). | | | | | |
| ٣٩/٢ | شكاوى المرضى الناتجة عن التعامل المباشر مع الممرضين انخفضت بصورة ملحوظة بعد تطبيق معايير برنامج الاعتمادية | | | | | |
| ٤٠/٢ | زادت تقارير الحوادث بشكل ملحوظ بعد تطبيق برنامج الاعتمادية بسبب ثقافة سلامة المريض التي ترسخت عند الأفراد بشكل عام | | | | | |
| ٤١\٢ | الأخطاء الناتجة عن إعطاء الأدوية انخفضت بسبب تطبيق معايير السلامة في التعامل مع الأدوية بشكل عام. | | | | | |
| ٤٢\٢ | تسود ثقافة بيئة خالية من العقوبة (free punishment culture) مما تساهم بالاعتراف بالخطأ وتصحيحه دون تفاقم الوضع. | | | | | |
| ٤٣\٢ | من الطبيعي الآن إشراك أهل المريض في مشفانا في الخطة العامة لعلاج مريضهم، وتثقيفهم حول حالته المرضية | | | | | |
| ٤٤\٢ | أصبحت بيئة العمل ايجابية ومحفزة على العمل بروح الفريق | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | بعد البدء بتطبيق معايير الاعتمادية | | | | | |
| ٤٥\٢ | نسبة العدوى بالمستشفى أفضل بعد تطبيق برامج الاعتمادية | | | | | |

شاكرين لكم تعاونكم وراجين لكم التوفيق والتميز

الاستبانة الثانية / موجهة للمرضى

بسم الله الرحمن الرحيم

**عزيزي المريض......   نتمنى لك الشفاء العاجل**

**السلام عليكم ورحمة الله وبركاته**

أرجو أن لا أثقل عليك بالإجابة على أسئلة هذا الاستبيان، وأملي كبير أن تستجيب لإكمال جميع فقراته بكل تجرد وموضوعية.

تتعلق أسئلة هذه الاستبانة بموضوع جودة الرعاية الصحية المقدمة لك في هذا المستشفى الذي تتلقى فيه العلاج، وذلك اعتمادا على تقييمك الشخصي وغير المتحيز لمجموعة من الأبعاد التي سنوضحها لك من خلال أسئلة هذا الاستبيان، وسيكون لرأيك الدقيق وإجابتك الموضوعية الأثر الكبير والفائدة الحقيقية للقطاع الصحي الأردني، من خلال نتائج هذا البحث.

علما بان التعامل مع إجاباتكم والمعلومات التي ستقدمونها سيتم بسرية تامة ولأغراض البحث العلمي فقط.

حيث صممت هذه الاستبانة لاستكمال متطلبات الرسالة المقدمة لنيل درجة الماجستير في إدارة الجودة من كلية إدارة الأعمال \ الجامعة الأردنية وهي بعنوان:

"العلاقة بين تطبيق معايير الاعتماد الأردنية وجودة الرعاية الصحية في القطاع الصحي الأردني".

**شاكرا لك حسن استجابتك ومقدرا لك وقتك الثمين**

الباحث: خالد مصطفى محمد أبو عزيزة.

هاتف: ٠٠٩٦٢٧٧٧٣٩٠٤٠٨

٠٠٩٦٢٧٩٧٣٣١٦٨٦

البريد الاليكتروني: aboazizeh@yahoo.com

الجامعة الأردنية / كلية إدارة الأعمال.

**البيانات الشخصية للمريض:**

العمر:

- ☐ من ٢٠ إلى ٣٠ عام
- ☐ من ٣٠ إلى ٤٠ عام
- ☐ من ٤٠ إلى ٥٠
- ☐ من ٥٠ إلى ٦٠ عام

المستوى التعليمي:

- ☐ بكالوريوس
- ☐ ماجستير
- ☐ دكتوراه
- ☐ غير ذلك \ حدد (            )

مدة المكوث في المستشفى:

- ☐ من يوم إلى ٣ أيام
- ☐ من ٣ أيام إلى ٥ أيام
- ☐ من ٥ أيام فما فوق

الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى

عزيزي المريض.......................

تتكون هذه الاستبانة من ثمانية أجزاء رئيسة:

الجزء الأول يتعلق بالكفاءة الفنية لمقدمي الخدمات الصحية والإداريين والكوادر المساعدة في المستشفى.

الجزء الثاني يتعلق بسهولة الوصول إلى الخدمات الصحية في المستشفى.

الجزء الثالث يتعلق بالفعالية في الخدمة الصحية المقدمة.

الجزء الرابع يتعلق بالعلاقة بين الأفراد داخل النظام الصحي وكذلك علاقتهم بالمحيط.

الجزء الخامس يتعلق بالكفاءة في استخدام الموارد لتقديم أفضل رعاية صحية.

الجزء السادس يتعلق بالاستمرارية في تقديم الرعاية الصحية.

الجزء السابع يتعلق بالسلامة الصحية أثناء تقديم الرعاية الصحية.

الجزء الثامن يتعلق بالكماليات المتوفرة في المستشفى.

- يرجى وضع علامة X إزاء الخانة التي تمثل قناعتك بالواقع المطبق لديكم.
- حيث تعادل الكلمات الموجودة على رأس كل خانة الدرجات الآتية:

اتفق تماماً = ٥ درجات / اتفق = ٤ درجات / محايد = ٣ درجات / لا اتفق = درجتين / لا اتفق تماما = درجة واحدة

| | العبارات | اتفق تماما (٥) | اتفق (٤) | محايد (٣) | لا اتفق (٢) | لا اتفق تماما (١) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ١ | **الكفاءة الفنية** | | | | | |
| ١/١ | حضرت إلى هذا المستشفى بناء على السمعة الطبية التي يتمتع بها والكفاءة العالية لكادره الصحي. | | | | | |
| ٢/١ | يتم تأدية إجراءات الرعاية الصحية بطريقة صحيحة ومن أول مرة. | | | | | |
| ٣/١ | الممرضون والأطباء المتواجدون في المستشفى مؤهلون وذوي كفاءة عالية في المهنة. | | | | | |
| ٤/١ | يجيب الممرضون والأطباء على أسئلة المرضى بناءً على خبرة ومعرفة. | | | | | |
| ٥/١ | يقدم الطبيب أو الممرض النصيحة أو المشورة للمريض. | | | | | |
| ٦/١ | يطلع المريض أولا بأول على سير عملية علاجه، والخطة العامة للعلاج من قبل الطبيب المختص | | | | | |
| ٢ | **سهولة الوصول إلى الخدمات** | | | | | |
| ٧/٢ | بالإمكان الوصول إلى أماكن الخدمات الصحية المساندة \ تصوير الأشعة والمختبرات والعيادات الخارجية \ بسهولة ويسر وبدون عناء. | | | | | |
| ٨/٢ | هناك إشارات واضحة في المستشفى ولوحات إرشادية تدل على مرافق المستشفى مثل الطوارئ والأشعة.... الخ. | | | | | |
| ٩/٢ | جميع الخدمات المتوفرة في المستشفى من البث التلفزيوني إلى خدمات الكافتيريا ---- الخ تتلائم مع رغباتي وأصل لها بسهولة. | | | | | |
| ١٠/٢ | تمت إجراءات إدخالي إلى المستشفى بكل سهولة ولم اضطر للانتظار طويلا حتى اجلس على سريري في هذا الطابق. | | | | | |
| ١١/٢ | لا توجد مشكلة في التعامل والتخاطب مع العاملين في هذا المستشفى من حيث اللغة وأسلوب التفاهم. | | | | | |
| ١٢\٢ | تقدم المستشفى تسهيلات مالية في الدفع. | | | | | |
| ٣ | **الفعالية** | | | | | |
| ١٣/٣ | لم اضطر إلى إعادة أي إجراء أو فحص عمل لي مرة أخرى بسبب خطأ في تنفيذ ذلك الإجراء. | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ١٤/٣ | تقدم المستشفى خدمات فورية للمرضى من قبل الأطباء والممرضين. | | | | | |
| ١٥/٣ | هناك رغبة دائمة للممرضين والأطباء في معاونة المرضى. | | | | | |
| ١٦\٣ | لم المس انشغال الممرضين والأطباء عن الاستجابة لطلبات المرضى. | | | | | |
| ١٧\٣ | تتلائم ساعات العمل في المستشفى مع حاجات المريض. | | | | | |
| ٤ | **العلاقة بين الأفراد** | | | | | |
| ١٨/٤ | يساعد سلوك الأطباء والممرضين الايجابي على غرس الثقة في نفوس المرضى. | | | | | |
| ١٩/٤ | يشعر المريض بالأمان في تعامله مع الأطباء والممرضين. | | | | | |
| ٢٠/٤ | يتم التعامل بلباقة مع المريض من قبل الأطباء والممرضين. | | | | | |
| ٢١/٤ | يهتم الأطباء والممرضون في المستشفى بالمريض بغض النظر عن علاقتهم الشخصية بالمرضى أو معرفتهم به | | | | | |
| ٢٢\٤ | يحترم الممرضون خصوصية المريض أثناء الإجراءات التمريضية اليومية | | | | | |
| ٢٣\٤ | علاقة الأطباء والممرضون وبقية العاملين في المستشفى تظهرهم كفريق عمل واحد متجانس متفقين فيما بينهم | | | | | |
| ٢٤\٤ | يقوم الأطباء والممرضون بشرح الإجراء أو المداخلة الجراحية للمريض قبل القيام بها | | | | | |
| ٥ | **الكفاءة في استخدام الموارد** | | | | | |
| ٢٥/٥ | .تظهر الممارسات التي يقوم بها أفراد الفريق الصحي أثناء قيامهم بتقديم الرعاية الصحية حرصهم على ترشيد الاستهلاك للمواد والمستهلكات ولخدمات المرافق من مياه وكهرباء وتكييف | | | | | |
| ٢٦/٥ | يفهم الطبيب أو الممرض حاجات المريض بشكل محدد. | | | | | |
| ٢٧\٥ | يظهر الجهاز التمريضي والفني قدرة كافية في تشغيل الأجهزة الطبية والتعامل معها. | | | | | |
| ٢٨\٥ | .يعرف الجهاز الطبي والتمريضي الادوات المطلوبة لاي اجراء طبي دون التردد في تحديد تلك الأدوات. | | | | | |
| ٢٩\٥ | الأدوات المستخدمة في المداخلات الجراحية والاجراءات الاخرى تتلائم مع وضعي الصحي. | | | | | |
| ٦ | **الاستمرارية** | | | | | |
| ٣٠\٦ | لم يحدث أن تم تأجيل أي إجراء أو فحص بسبب عطل في الأجهزة أو عدم توفر تلك الخدمة. | | | | | |
| ٣١\٦ | لم اضطر لإعادة التصوير ألشعاعي وفحص الدم بسبب رداءة نوعية الأجهزة المستخدمة. | | | | | |
| ٣٢\٦ | لم يحدث أن نقلت لخارج المستشفى لعمل إجراء معين وذلك بسبب عدم وجود المختص بهذا الإجراء ضمن الفريق الصحي لهذا المستشفى. | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ٧ | **السلامة الصحية** | | | | | |
| ٣٣\٧ | يقوم الطبيب والممرض بالتأكد من اسوارة المريض الخاصة باسمه عند كل إجراء يقدم له | | | | | |
| ٣٤\٧ | يرتدي الأطباء والممرضون قفازات جراحية عند التعامل مع أي تداخل جراحي مع المريض داخل غرفة علاجة | | | | | |
| ٣٥\٧ | يوجد هناك جرس نداء مثبت فوق رأس المريض للحالات الطارئة | | | | | |
| ٣٦\٧ | لا يتم إرسال المريض لأي إجراء خارج غرفته إلا بمرافقة ممرض مؤهل | | | | | |
| ٣٧\٧ | يقوم الجهاز الطبي والتمريضي بتثقيف المريض وعائلته وتدريبهم على بعض الإجراءات التي تتم في البيت وخصوصا مع المرضى الذين يعانون من الأمراض المزمنة كالسكري مثلا | | | | | |
| ٨ | **الكماليات** | | | | | |
| ٣٨\٨ | يوجد في المستشفى أجهزة حديثة ومتطورة. | | | | | |
| ٣٩\٨ | توفر المستشفى أماكن ملائمة لانتظار سيارات المرضى. | | | | | |
| ٤٠\٨ | توجد نشرات ومجلات داخل المستشفى تتحدث عن خدماتها. | | | | | |
| ٤١\٨ | يظهر الممرضين والأطباء بالزي المطلوب والشكل الأنيق. | | | | | |
| ٤٢\٨ | يراعى أن تكون غرف المرضى نظيفة ومرتبة وجيدة التهوية طوال اليوم | | | | | |
| ٤٣\٨ | تقدم وجبات الطعام ساخنة ونظيفة وفي أوقاتها المحددة | | | | | |
| ٤٤\٨ | تراعي إدارة المستشفى الإبقاء على أقسام المرضى هادئة ودون ضوضاء خصوصا في أوقات نوم وراحة المرضى | | | | | |
| ٤٥\٨ | تتجاوب إدارة المستشفى مع شكوى المرضى وتقديم الحلول المناسبة لها | | | | | |

شاكرين تعاونكم معنا وعافاكم الله

# THE RELATIONSHIP BETWEEN THE IMPLEMENTATION OF THE JORDANIAN ACCREDITATION STANDARDS AND THE QUALITY OF HEALTH CARE AT THE JORDANIAN HEALTH SECTOR.

By
KHALID M. M. ABO AZIZEH.
Supervisor
Dr. Fareed Nsairat, Prof

Abstract:

This study aimed to identify the relationship between the implementation of the Jordanian accreditation standards and the quality of health care deliverd at these hospitals.

the sample includes 249 administratives represents all the employees in accreditation implementing committees, and it also consists of 249 patients of the eight hospitals incloud in the study sample .

Proper statistical tools was used to answer the questions of this study , and the hypothesis test .

The most important results of this study were :

1. There is arelationship between the application of Jordanian accreditation standards and the quality of health care at Jordanian hospitals.
2. Most of quality employee at Jordanian health care sector have low experience at this field.
3. Top management commitment toward application of accreditation standards was strongly appear as aresult of this study.

According to these results some recommendations were suggested, such as to apply the Jordanian accreditation standards as a condition to renew any health institution a license in the future.

Also to generalize training for employee in the hospitals, improve their skills at the fields of health care quality,include the working employees by giving them financial and moral incentives in quality and accreditation section to motivate them, to find other volunteers to root this culture and support it's implementation, taking care of scientific researches and studies to enrich the quality of health care sector.